

AFRICARE/GUINÉE

**INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT
(MCHI)**

ÉVALUATION MI-TERME

Par:

Bonnie L. Kittle

Soumis par:

Les Associés LTG, société constituée/s.c.

et

Les Associés TvT, s.c.

Soumis à:

USAID/Guinée Agence des États-Unis pour le développement international/Guinée

January 2000

MEDS

CONTRÔLE, ÉVALUATION ET SOUTIEN DE LA CONCEPTION

Africare/Guinée: l'évaluation mi-terme de l'Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant (MCHI) a été préparée sous les auspices de l'Agence des États-Unis pour le développement international/Guinée (USAID), selon les termes de Contrôle et d'évaluation et du soutien de la conception (MEDS), numéro de contrat HRN-1-00-99-00002-00. Les opinions ci-exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues des Associés LTG, ou celles des Associés TvT, ou celles de USAID.

Des renseignements sur ce document ou sur d'autres publications MEDS peuvent être obtenus en s'adressant à:

Projet de Contrôle, évaluation et soutien de la conception (MEDS)
1101 Vermont Avenue, N.W., Bureau 900
Washington, D.C. 20005, USA
Téléphone: 1 (202) 898-0980
Télécopie: 1 (202) 898-9397
ltg@earthlink.net

ACRONYMES ET TERMES ÉTRANGERS

ADRA	Adventist Development and Relief Agency International (Agence internationale de développement adventiste et de secours)
AGBEF	Association Guinéenne pour le bien-être familial
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival (Soutien de base pour institutionnaliser la survie de l'enfant)
BHR/PVC	Bureau for Humanitarian Response/Private and Voluntary Cooperation (Bureau de réponse humanitaire/Coopération privée et volontaire)
BSR	Office of Referral Support (in French) (Bureau de soutien de référence) (en français)
CA	Community agent (Agent communautaire)
CBD	Community-based distribution (Distributor) (Distribution basée sur la communauté (distributeur))
CDD	Control of diarrheal disease (Contrôle de la maladie de la diarrhée)
COPE	Client-oriented, provider efficient services (Services efficaces d'un fournisseur, orientés vers le client)
DFSI	Dinguiraye Food Security Initiative (Initiative sur la sécurité des aliments Dinguiraye)
DPS	Prefectoral direction or director of health (in French) (Direction de la préfecture ou directeur de la santé (en français))
EPI	Expanded program on immunization (Programme augmenté sur l'immunisation)
FAMPOP	Family Planning Options Project (Projet d'options de la planification familiale)
FY	Fiscal year (Année budgétaire)
GTZ	German Technical Cooperation for Development (Coopération technique allemande pour le développement)
HIS	Health information system (Système de renseignements sur la santé)
IEC	Information, education and communication (Informations, éducation et communications)
IRS	Regional health inspector (in French) (Inspecteur régional de la santé) (en français)
KPC	Knowledge, practice and coverage (Connaissance, pratique et couverture)
MCHI	Maternal and Child Health Initiative (Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant)
MIS	Management information system (Système informatique de gestion)
MOH	Ministry of Health (ministère de la Santé)
NGO	Nongovernmental organization (Organisation non-gouvernementale)
ORS/T	Oral rehydration solution/therapy (solution/thérapie de ré-hydratation orale)
OSFAM	Options pour la santé familiale (Family Health Options)
PHC	Primary health care (Soins primaires de la santé)
PNLP	National Malaria Control Program (in French) Programme national de contrôle de paludisme)
PRISM	Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST (maladies transmissibles sexuellement)/VIH/SIDA (To increase the initiatives in reproductive health and STD (sexually transmitted diseases)/AIDS)
PSI	Population Services International (Services internationaux à la population)
SIAC	Système d'informations d'assise communautaire (Community-based Information System)
SO	Strategic Objective (Objectif stratégique)
UNICEF	United Nations Children's Fund

Contenu

ACRONYMES ET TERMES ÉTRANGERS

SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	i
I. Description du projet.....	1
A. Antécédants.....	1
B. Procédures sur place.....	2
II. Qualité de la programmation.....	5
A. Relations entre MCHI et autres activités reliées à la santé.....	5
B. Niveau d'accès des mères et des enfants aux établissements de la santé et aux autres services de survie de l'enfant.....	7
C. Personnel pour le projet et autre personnel lié au projet.....	8
D. Soutien et supervision.....	10
E. Conclusions et recommandations concernant la convenance du soutien, de la supervision et de la répartition des tâches.....	11
F. Conclusions.....	11
G. Recommandations.....	12
III. Qualité au niveau de la communauté.....	15
A. Messages de l'IEC et moyens de communiquer.....	15
B. Projet d'évaluation de la compréhension des messages et de l'utilisation des informations.....	17
C. Évaluation de la compréhension des messages parmi le public cible.....	18
D. Conclusions et recommandations.....	20
Conclusions.....	20
Recommandations.....	20
IV. Qualité des services des travailleurs de la santé et des établissements.....	23
A. Évaluation des établissements et de la connaissance, de l'habileté et des pratiques des travailleurs de la santé (MOH) et des agents communautaires.....	23
B. Qualité des outils de services utilisés pour le projet.....	25
C. Matériaux et fournitures pour chaque type d'établissement de la santé et pour les travailleurs.....	28
D. Le Système de renseignements sur la santé.....	30
E. Conclusions concernant le rendement de la formation, du soutien, du contrôle et de la supervision des services livrés.....	30
V. Capacité de croissance et de sustentation.....	33
A. Plans et progrès du projet tendant à augmenter la capacité des partenaires.....	33

B. Sustentation du projet – plans et progrès.....	35
C. Conclusions et recommandations liées à la capacité de croissance et sustentation.....	37
Conclusions	37
Recommandations	38
VI. Soutien technique et administratif.....	41
A. Types et source d’assistance externe technique	41
B. Soutien technique et administratif reçu du siège central.....	42
C. Conclusions et recommandations	43
Conclusions	43
Recommandations	43
VII. Frais financiers.....	45
VIII. Réalisations et contraintes.....	47
A. Uniformité de l’exécution avec application continue.....	47
B. Adhérence au programme du projet	50
C. Réussites ou réalisations principales	51
S’attaquer à la sous-alimentation – au modèle du foyer	51
Accès augmenté.....	51
Intégration et coordination.....	52
Qualité augmentee	52
D. Obstacles au progrès du projet et surmonter les contraintes	53
Le manque de personnel dans les centres de santé.....	53
Petites motivations MOH de soutenir les activités communautaires.....	53
Reussites ou realisations principales.....	53
Population largement dispersée.....	54
E. Conclusions et recommandations	54
Conclusions	54
Recommandations	54
IX. Sujets identifiés par l’équipe d’évaluation, NGO ou USAID.....	57
A. Frais du projet.....	57
B. Coordination/collaboration entre les projets DFSI et MCHI en ce qui concerne la stratégie du comité sur la santé du village.....	57
C. Support budgétaire réduit	57
D. Rôle de la continuation de l’application.....	58

PIÈCES ANNEXES

A. Étendue du travail	61
B. Questionnaires et guides de discussions	65

C. Sommaire des évaluations du travail sur place.....	85
D. Indicateurs du projet.....	89
E. Formulaire de supervision.....	95
F. Messages IEC promus par MCHI	99
G. Horaire cible.....	103
H. Références.....	107
I. Évaluation des Personnel pour le Projet ..	109

TABLEAUX

1. Personnel liés au projet MCHI.....	9
2. Connaissance parmi les mères vivant dans la région du projet.....	19
3. MOH: Niveaux de connaissance des agents de la santé.....	24
4. Niveaux de connaissance des agents communautaires	24
5. Assurance de la qualité des instruments utilisés par MCHI.....	26
6. Fournitures, matériaux et équipements fournis par les agents communautaires.....	28
7. Fournitures, matériaux, équipements fournis par les centres de la santé, les post de la santé et les travailleurs de la santé.....	29
8. Formation	34
9. Aide technique reçue par MCHI	41
10. Sommaire budgétaire de MCHI	45
11. Sommaire des réalisations des indicateurs des résultats du projet.....	48
12. Horaire cible de l'année 2	109

SOMMAIRE EXÉCUTIF

A. INTRODUCTION

En novembre 1999, l'agence des États-Unis pour le développement international/Guinée (USAID) a commandé qu'une évaluation mi-terme soit faite portant sur l'Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant (MCHI), un projet concernant la survie des enfants, en voie de réalisation par Africare/Guinée. Le projet de quatre ans débuta en octobre 1997. Le but de cette évaluation était d'identifier les succès aussi bien que les problèmes, suggérer des matières qui nécessiteraient plus d'efforts diligents et recommander des gestes utiles pour guider le personnel durant la seconde phase du projet (L'étendue du travail est fournie dans l'annexe A). Ce qui suit est un sommaire des réalisations du projet et des recommandations.

B. LES RÉALISATIONS DU PROJET

S'attaquer à la sous-alimentation: le modèle du foyer

Travail innovateur. Tirant parti de son avantage comparatif en tant qu'organisation non-gouvernementale (NGO), MCHI/Africare a entrepris le travail innovateur avec le modèle de foyer, une approche qui combat la sous-alimentation au niveau de la communauté. Par cette méthode, 117 (84 pour cent) des 140 enfants présents pour être pesés à la seconde prise après-foyer, avaient été réhabilités et les mères avaient commencé à adopter des comportements nourrisseurs qui devraient empêcher la sous-alimentation de réapparaître.

En faveur de. Vu l'organisation par Africare d'un colloque national sur le modèle du foyer, plusieurs autres NGO et ministères ont pris conscience de la méthode. Elle est rapidement devenue un modèle d'approche potentiel face à la réhabilitation de la sous-alimentation parmi d'autres NGO, y compris Plan/Guinée, l'Agence internationale de développement adventiste et de secours (ADRA) et Agir contre la Faim.

Application nationale. De façon encore plus importante, le modèle du foyer a le potentiel de devenir un moyen du ministère de la Santé (MOH) de réduire les taux de sous-alimentation au niveau national. Durant la quatrième année du projet, Africare oeuvrera conjointement avec le directeur de la santé (DPS) de Dabola, en vue de déterminer comment le modèle du foyer peut être adapté de manière à ce que DPS puisse le mettre en pratique à l'intérieur de sa propre stratégie basée sur la communauté.

Accès augmenté

Le projet MCHI a augmenté l'accès aux Soins primaires de la santé (PHC) par les moyens suivants:

- En favorisant les efforts collaboratifs entre les agents communautaires et les travailleurs de la santé MOH, de façon à ce que plus de gens prennent part aux activités sur la santé au niveau communautaire, menées par un personnel du centre de la santé, comme par exemple les jours de vaccination.
- En formant 48 agents communautaires sur la nutrition, le contrôle du paludisme et sa prévention, le contrôle de la maladie de la diarrhée, la santé reproductive et les connaissances IEC.
- En mettant des activités de contrôle de la croissance et du foyer en pratique de façon à identifier et à réhabiliter les enfants sous-alimentés.
- En construisant et en rénovant des postes de santé.
- En équipant les agents MOH de motocyclettes.
- En supportant et en supervisant les agents communautaires.
- En développant un système référentiel.
- En améliorant le système d'évacuation d'urgence des postes de santé vers les hôpitaux grâce à l'apport des radios aux postes de santé.
- Et, en oeuvrant conjointement avec UNICEF (Fond des Nations Unies pour les Enfants) en vue de développer un système d'évacuation d'urgence au niveau communautaire.

Intégration et coordination

MCHI/Africare entretient des liens de travail étroits auprès de DPS et auprès d'autres organismes oeuvrant dans le secteur et coordonne effectivement son travail avec ces groupes. Voici quelques exemples:

- MCHI oeuvre conjointement avec UNICEF/projet de Maternité sans risque, en vue de développer une stratégie d'évacuation d'urgence complémentaire au projet d'apport de radios aux centres de santé.
- MCHI oeuvre *Conjointement avec le Projet Pour Renforcer les Interventions en Santé Reproductive et MST/SIDA (PRISM)* et 13 autres organisations afin de normaliser et partager les approches à l'information, à l'éducation et aux communications (IEC) dans la région.

- MCHI oeuvre conjointement avec PRISM, *l'Association Guinéenne pour le Bien-Être Familial* (AGBEF) et avec le Programme national de contrôle du paludisme (PNLP) pour normaliser la formation aux agents de la santé.
- MCHI fournit des informations à ou aux personne(s) chargées de la coordination de la stratégie basée sur la communauté de PRISM, afin de normaliser la prise de données au niveau communautaire et les instruments de supervision.
- Et, MCHI sert de ressource à d'autres NGO intéressés à instaurer un modèle du foyer.

Qualité augmentée

MCHI/Africare a accru la capacité des agents communautaires de fournir des soins capables vis-à-vis le maintien de la santé de la mère et de l'enfant, grâce à une formation et au soutien apportés. Ces groupes ont également développé des instruments servant à contrôler et à suivre les entrées et les aboutissements et encouragent une meilleure coopération et la reconnaissance des activités sur la santé au niveau communautaire.

C. RECOMMANDATIONS

1. Continuer à mettre en place le modèle du foyer. Aider d'autres NGO à l'apprendre et à l'intégrer. Oeuvrer conjointement avec les DPS pour améliorer la participation des travailleurs de la santé MOH et des agents communautaires dans sa mise en place. Développer un plan qui permette aux agents de la santé de commencer à prendre de plus en plus de responsabilités concernant différents aspects de la mise en place du foyer.
2. Oeuvrer avec le DPSS pour assurer que les points suivants soient suivis:
 - Les membres du personnel de la santé fournissent des rapports qui reflètent leur mise à l'écoute concernant toutes les activités au niveau communautaire lors de rencontres bi-annuelles.
 - Les agents de la santé enregistrent les vaccinations sur des cartes vertes route-santé du système d'informations d'assise communautaire (SIAC) lors de campagnes de vaccination dans les villages.
 - La qualité des services livrée par les agents de la santé est surveillée.
 - Les standards de rendement des agents communautaires sont développés et surveillés.
 - Et, les agents de la santé évaluent la qualité de la supervision des agents communautaires; un plan est développé et mis en place qui améliore la

supervision et les responsabilités des agents de supervision sur place sont graduellement réduites.

3. Utiliser de nombreuses approches innovatrices qui encouragent les agents de la santé à s'intéresser et à prendre davantage de responsabilités à surveiller les activités communautaires. Ces approches comprennent ce qui suit:
 - Envoyer une copie du formulaire de supervision du projet (des agents communautaires) aux agents de la santé.
 - Discuter du contenu de la visite de contrôle avec les agents de la santé.
 - Et, inviter les agents de la santé à passer une journée à recevoir une formation d'agent communautaire qui requiert la participation en équipe de l'agent ainsi que de la communauté.
4. Réviser la stratégie IEC de façon à
 - S'assurer que les messages sont formulés de telle manière qu'ils incitent à poser des gestes et qu'ils sont entièrement corrects.
 - Garantir que les agents communautaires connaissent le public visé pour chaque message.
 - Trouver des moyens de fournir des motivations positives pour des changements de conduites désirés.
 - S'assurer que chaque message s'associe à une manière visuelle de communiquer si cela en facilite l'utilisation auprès de groupes ou d'individus.
 - Et, guider les agents communautaires dans leur choix de participants pour les présentations en groupe et les visites à domicile.
5. Développer une structure logique en fonction du projet où:
 - Les indicateurs liés à la capacité de croissance de la gestion du centre de santé reflètent le rôle actuel et les responsabilités du projet et évitent de répéter l'emploi de d'autres partenaires.
 - Des indicateurs informés sont inclus qui permettent la disponibilité des données de base.

- D'autres stratégies (activités) permettant d'atteindre les objectifs du projet sont définis (par exemple, des groupes d'allaitement maternel qui s'encouragent, de traitement de base contre le paludisme).
6. Développer un plan de sustentation détaillé comportant des indicateurs et des moyens de vérification qui portent sur la continuation des avantages du projet aussi bien que sur quelques-unes de ses activités. Ceci pourrait inclure la création et la formation de comités de développement par districts, qui soutiendraient les agents communautaires, l'établissement et la vérification de d'autres groupes d'agents communautaires (CA) de soutien (comme par exemple réapprovisionner les sels de ré-hydratation orale et les contraceptifs et la supervision régulière), et la gestion DPS du modèle du foyer.

I. DESCRIPTION DU PROJET

A. ANTÉCÉDANTS

Dès les débuts de l'année 1997, le ministère de la Santé de la Guinée (MOH) demandait à Africare/Guinée d'élargir la portée de l'Initiative sur la sécurité des aliments Dinguiraye (DFSI) pour inclure un point central sur la santé de la mère et de l'enfant. À cette fin, Africare, en collaboration avec différents partenaires (l'Inspecteur régional de la santé [IRS], le directeur de la santé [DPS], la Coopération technique allemande pour le développement [GTZ], et l'Association Guinéenne pour le bien-être familial [AGBEF]), a développé et soumis une proposition à l'Agence des États-Unis pour le développement international/Guinée (USAID). En octobre 1997, Africare/Guinée s'est vue décernée une bourse de quatre ans d'un montant de 2,3 million \$ pour financer l'Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant (MCHI). Le projet est présentement mis en pratique dans les préfectures de Dabola et de Dinguiraye dans la région Faranah de la haute Guinée. Les populations cibles du projet comprennent 42 000 enfants âgés de moins de 5 ans et 42 000 femmes dans la période reproductive.

Le projet MCHI vise à améliorer la santé de la mère et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité de la mère et de l'enfant. Ce but sera atteint en renforçant et en élargissant la portée des services de la santé gouvernementaux et en renforçant la capacité des communautés de gérer leurs propres problèmes de santé

Les indicateurs servant à mesurer ces objectifs ont été développés et présentés avec la proposition originale, mais ont été changés au cours de la première application pour continuation, visant à converger davantage sur la pratique plutôt que sur le savoir (Ces indicateurs sont présentés dans l'annexe D de ce rapport.).

MCHI se concentre sur quatre interventions: la nutrition, la prévention du paludisme, le contrôle de la maladie de la diarrhée et la santé reproductive. Le projet vise aussi à soutenir les efforts d'immunisation de MOH.

Pour atteindre les objectifs de ce projet, MCHI a employé et formé un cadre d'agents sur place qui, à leur tour, aident à former et soutenir des agents bénévoles communautaires (CA's). Les CA's sont des résidents des villages (appelés secteurs, en Guinée), choisis par leur communauté pour fournir de nombreux services qui assurent la santé de la mère et de l'enfant. Ces services incluent une surveillance et une promotion mensuelle, l'éducation sur la santé, l'identification des enfants malades et leur renvoi au centre local de la santé, la vente de pochettes de solutions orales de ré-hydratation (ORS) et de certains types de contraceptifs (n'ayant pas encore débuté au moment de l'évaluation mi-terme), et l'aide avec le modèle du foyer.

Le modèle du foyer est une stratégie employée par le projet pour réhabiliter les enfants sous-alimentés et enseigner aux mères comment allaiter leurs bébés de façon à aider à ce

que la sous-alimentation des enfants ne se produise plus (Voir chapitre III pour de plus amples détails concernant le modèle du foyer.).

Le projet forme aussi des agents de la santé MOH, aide dans les campagnes du jour national de vaccination, a fourni six motocyclettes et des radios émetteurs-récepteurs à des centres et à des postes de santé, est en train de construire et de rénover des postes de santé, et planifie assurer le soutien d'activités génératrices de revenus.

B. PROCÉDURES SUR PLACE

En novembre 1999, l'USAID/Guinée a commandé qu'une enquête évaluatrice de la MCHI soit faite, un projet présentement mis en place par Africare/Guinée dans les préfectures du pays à Dabola et à Dinguiraye. L'étendue du travail d'évaluation (voir annexe A) demandait qu'une détermination de la qualité de la programmation soit faite, ainsi que la qualité au niveau communautaire, la qualité des services des travailleurs de la santé ainsi que des établissements, la capacité de croissance et de sustentation, le soutien technique et administratif, les frais financiers, les réalisations et les contraintes. D'autres sujets, identifiés par USAID, Africare, ou par l'équipe d'évaluation, ont aussi été investigués. L'équipe d'évaluation consistait de six membres et comprenait la représentation du projet, la direction MOH et préfectorale (DPS): Bonnie Kittle (conseillère/chef d'équipe), Gouley Cisse (assistant-coordonnateur MCHI), Tadiba Kourouma (assistant-coordonnateur MCHI dans la capacité de croissance et nouvellement engagé), Kadiatou Keita (sage-femme de MOH, Conakry), Abdoulaye Diallo (superviseur assistant MCHI), et Etienne Wendeno (directeur du centre de la santé DPS).

L'évaluation a été menée en quatre phases: révision des documents et entrevues initiales, travail sur place, analyse et interprétation des données, rédaction de rapports. Le travail sur place a consisté d'entrevues en profondeur avec le personnel et les partenaires du projet (MOH, DPS, le Fond des Nations Unies pour les Enfants (UNICEF), Pour Renforcer les Interventions en Santé reproductive et MST (maladies transmissibles sexuellement) VIH/SIDA (PRISM), les Services internationaux à la population (PSI), et GTZ), des agents de la santé, des agents communautaires, et des bénéficiaires (mères) pour lesquels et lesquelles plusieurs instruments et guides de discussions avaient été développés (annexe B). Approximativement 125 entrevues ont pris place, comme l'indique l'annexe C. L'équipe d'évaluation a visité six centres de santé et quatre postes de santé, ainsi que six districts.

Une fois que les informations ont été recueillies, l'équipe a passé 4 jours à les analyser et à les interpréter, à identifier ce qu'ils avaient trouvé, à tirer des conclusions, à développer des recommandations; les plus importantes ayant été de les présenter au personnel du projet pour les discuter. L'équipe a ensuite été invité dans la capitale régionale, Faranah, en vue de présenter les résultats à tous les chefs de préfecture et aux administrateurs d'hôpitaux (18), qui s'étaient rassemblé(e)s pour une période de formation. Une fois retourné(e)s à Conakry, le chef d'équipe fit faire un compte rendu oral au fonctionnaire

USAID du projet avant de présenter les résultats à un groupe rassemblé par le ministère de la Santé.

II. QUALITÉ DE LA PROGRAMMATION QUALITÉ DE LA PROGRAMMATION

A. RELATIONS ENTRE MCHI ET AUTRES ACTIVITÉS RELIÉES À LA SANTÉ

Les membres du personnel de MCHI ont d'excellents liens de travail avec DPS (le représentant local de MOH) et avec les autres partenaires de DPS, y compris UNICEF, GTZ et le projet PRISM financé par USAID. DPS considère Africare l'un des ses partenaires les plus estimés dans la préfecture et la collaboration est très fructueuse entre eux. Le personnel MCHI coordonne les activités du projet directement avec l'aide de DPS et consulte UNICEF, PRISM et GTZ afin de se tenir au courant de leurs initiatives et afin d'éviter de répéter des efforts. Pour que l'excellent niveau de coordination continue dans l'absence de DPS (qui prendra une année sabbatique pendant presque toute la durée de l'année 2000), une structure spéciale doit être élaborée.

Le personnel du projet a participé à un atelier annuel financé par l'UNICEF sur les activités liées à la nutrition, participe régulièrement aux rencontres DPS semi-annuelles de surveillance et sert de secrétaire au sein du groupe régional oeuvrant dans les Informations, éducation et communications (IEC). En plus, Africare est représenté par 2 équipes dans des réunions auprès de l'Objectif stratégique (SO) de l'USAID/Guinée quand tous les bénéficiaires des efforts sur la santé et la population de la USAID se rencontrent pour partager des renseignements concernant leurs activités. Il n'existe aucune autre organisation non-gouvernementale (NGO's) qui mette des activités sur la santé en place parmi les préfectures.

Quand le projet a débuté, Africare a fait l'inventaire des tentatives et des activités en cours dans la zone visée. À ce moment-là, il avait été décidé que, plutôt que de former un différent cadre d'agents de la santé communautaires, le projet MCHI ajouterait à ce qui avait déjà été bâti par le projet intégré de UNICEF et du prédécesseur du projet PRISM, le Projet d'options de la planification familiale (FAMPOP). Ces deux projets avaient formé des agents de la santé communautaires, l'un pour combattre la sous-alimentation par des activités de promotion de croissance (bénévoles au sein du Système d'informations d'assise communautaire [SIAC]) et l'autre pour servir de distributeurs de contraceptifs basés au sein-même de la communauté (CBD's). Ni l'un, ni l'autre de ces deux types d'agents n'était soutenu de façon optimale lorsque le projet MCHI commença et le projet encouragea les chefs communautaires à choisir ces bénévoles communautaires afin qu'ils reçoivent davantage de formation et de soutien de la part du projet (Le projet encouragea aussi les membres de la communauté à choisir des femmes pour qu'elles obtiennent une formation, et maintenant, 30 pourcent des agents communautaires sont des femmes.). Africare a utilisé le curriculum de la formation bénévole SIAC pour les former en surveillance de croissance et en promotion et utilisera le curriculum de formation PRISM pour les former sur la distribution de contraceptifs au sein de la communauté.

Africare oeuvre aussi avec le projet de maternité sans risques de UNICEF pour mettre un système d'évacuation d'urgence en place pour les femmes enceintes et les enfants atteints de maladies graves. Par le biais du projet de maternité sans risques, un Bureau de soutien de référence (BSR) a été établi. C'est un comité composé au niveau du village (secteur) qui gère un fond d'évacuation d'urgence. Plusieurs agents communautaires MCHI qui ont reçu une formation et des auxiliaires traditionnel(le)s de naissance (formés par UNICEF) sont membres de BSR et servent de lien entre la communauté et l'individu en besoin et le membre BSR qui a les moyens d'entrer en rapport avec le centre de santé et obtenir les services ambulanciers.

Africare coordonne présentement son oeuvre sur la prévention du paludisme avec le programme national de contrôle du paludisme (PNLP). Parce que le point central du projet est la prévention du paludisme et à cause de sa réputation en tant que partenaire coopératif, PNLN a décidé de rendre Dabola un site-pilote à cause de ses efforts d'imprégnation à effet moustiquaire. Le projet a assuré cela en facilitant la participation de chefs parmi quatre centres de la santé dans sa formation d'imprégnation-moustiquaire, qui fut mise sur place par PNLN, en collaboration avec UNICEF. En plus, le projet contribue à la formation d'une seconde unité d'imprégnation-moustiquaire à Dabola.

En plus de renforcer la capacité de la communauté à combattre les problèmes de santé, le projet cherche aussi à renforcer la capacité du personnel des centres de la santé à prodiguer des soins adéquats. Le projet a d'ailleurs formé du personnel de santé pour les centres et les postes sur chacun des quatre éléments techniques du projet. Les agents du projet sur place visitent régulièrement les centres de santé MOH à Dabola. Selon les employés de MOH entrevus pour cette évaluation, le personnel MCHI (principalement des agents sur place) visite les centres de santé plusieurs fois par mois. Ces visites servent à garder les agents de la santé informés concernant les activités du projet qui prennent place dans les secteurs et à coordonner les activités, comme par exemple les jours de vaccination de secteurs (stratégie avancée). Les agents du projet sur place peuvent aussi suivre les patient(e)s malades qui ont été envoyés au centre de santé pour recevoir des traitements et ainsi recevoir des informations en retour concernant la participation aux consultations prénatales, etc., des membres de la communauté. Vu que le personnel MOH est extrêmement limité dans certains des centres pour la santé et que les visites sur place ne sont pas fréquentes, ces visites par des agents sur place contribuent à maintenir le contact entre les travailleurs de la santé et les agents communautaires. Le personnel du projet aide aussi à organiser et à mettre des campagnes de vaccination sur place, et le projet a aussi fourni un apport matériel à chaque centre de la santé.

Le travail d'Africare en santé reproductive à Dabola et à Dinguiraye aide le projet PRISM à rencontrer ses objectifs. En plus, Africare oeuvrant dans ces deux préfectures, PRISM peut concentrer ses efforts et ses ressources dans d'autres parties de la région. PRISM peut aussi apprendre le travail de MCHI, en particulier en ce qui a trait aux activités communautaires que PRISM doit d'abord initier. Les membres du personnel PRISM oeuvrent avec MCHI pour normaliser les instruments d'approches et de supervision de IEC. Le personnel MCHI a aidé PRISM à former des agents de la santé sur les normes et les procédures en santé reproductive et l'approche du foyer pourrait

bien prouver être un modèle pour l'élément de la survie et la nutrition de l'enfant de PRISM.

Il existe néanmoins un endroit possible où les efforts risquent d'être répétés, entre le projet GTZ, dont le but vise à inclure la gestion de la capacité de croissance de l'IRS et de DPS dans la région de Faranah, et entre le but du projet MCHI, qui est le même. Jusqu'à présent, MCHI a évité de répéter tout effort en ne fournissant aucune formation sur la gestion. Prenant en considération les avantages relatifs d'Africare (développement communautaire) et GTZ (support institutionnel), il est préférable de séparer les ressources en conséquence et d'oeuvrer de façon complémentaire aux efforts l'un de l'autre plutôt que de les répéter.

B. NIVEAU D'ACCÈS DES MÈRES ET DES ENFANTS AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA SANTÉ ET AUX AUTRES SERVICES DE SURVIE DE L'ENFANT

Le projet MCHI a augmenté l'accès des mères à la qualité des services de santé et aux établissements par les méthodes suivantes:

- En formant 48 agents communautaires (plusieurs desquels sont des femmes) qui fournissent des services de survie à l'enfant au niveau communautaire.
- En mobilisant les membres de la communauté pour qu'ils aient accès aux services MOH qui sont offerts et au centre de la santé et dans la communauté.
- En contribuant à l'amélioration de la qualité des services prodigués par des agents de santé en instaurant un système référentiel pour les enfants malades.
- Et, en facilitant l'évacuation d'urgence grâce à l'obtention de radios par les postes de santé et en oeuvrant avec le projet d'intégration UNICEF, comme cité précédemment.

Les agents de la santé qui ont été entrevus pour cette évaluation ont tous et toutes été d'accord que leur présence aux consultations prénatales avaient augmenté depuis que le projet avait débuté et que le nombre de gens ayant reçu l'immunisation avait augmenté à cause d'une plus grande participation lors des jours de vaccination par secteurs. La formation d'agents communautaires en surveillance de croissance et en promotion signifie que chaque enfant (âgé de moins de 3 ans) est pesé une fois par mois et que leurs mères reçoivent des conseils et de l'encouragement. Cette activité a également prouvé être fortement supportée par les pères. Bien des mères entrevues ont mentionné que, en plus de la surveillance de la grossesse mensuelle, elles avaient reçu d'autres services de santé, comme par exemple de l'éducation sur la santé en groupe, la vaccination, le foyer, et les activités hygiéniques et sanitaires. La majorité des mères entrevues ont rapporté que les conditions de santé dans leurs communautés s'étaient améliorées dans les années récentes.

C. PERSONNEL POUR LE PROJET ET AUTRE PERSONNEL LIÉ AU PROJET

Comme présenté dans le tableau 1, les tâches du personnel pour le projet semblent avoir été réparties également, sauf celles du superviseur, qui est responsable, non seulement de superviser les agents sur place, mais aussi le Système de renseignements sur la santé (HIS) et celui sur l'informatique de gestion (MIS), ainsi que la stratégie IEC. En plus, il joue un rôle majeur dans la formation et la mise sur place modèle du foyer. Le projet a reconnu ce manque d'équilibre et projette engager une personne qui sera responsable de HIS/MIS.

D'établir, de former, et de soutenir les comités de développement du district et de surveiller Le projet envisage aussi engager d'autres agents sur place qui prendront la responsabilité de nouveaux cohortes au sein des communautés dans lesquelles le projet s'étendra durant la seconde moitié du projet. Un coordonnateur pour la capacité de croissance (à être engagé) et son assistant(e) seront responsables les activités génératrices de revenus.

Le tableau organisationnel actuel ne reflète pas ces nouveaux-venus ni le personnel de projet qui fonctionne à la préfecture de Dinguiraye et devrait être amendé.

L'équipe d'évaluation a déterminé les connaissances des agents sur place et découvert que, quoique leur savoir dans le domaine de la nutrition était assez étendu (94 pour cent correct, en moyenne), certains agents sur place avaient besoin de revoir les aspects techniques du contrôle de la maladie de la diarrhée (CDD), du paludisme, et de la reproduction. Cependant, et cela à leur avantage, les attentes du projet relatif au degré de connaissances étaient assez élevés, comme pour, par exemple, la gestion d'un enfant souffrant de déshydratation modérée.

Table 1: Personnel lié au projet MCHI

Titre	No.	Organisation	Rôle
Personnel du siège social de Africare	4	Africare 5 - 15 %	Soutien pour le projet, aide technique, liaison.
Soutien pour le projet, aide technique, liaison Représentant(e) du pays	1	Africare – 20%	Supervision, représentation, conseils relatifs au programme.
Administrateur	1	Africare–40%	Support financier et administratif.
Coordonnateur du projet	1	Africare–100%	Gestion du projet, supervision du personnel, représentation au niveau national, aspect financier oublié par mégarde, liaison avec

Titre	No.	Organisation	Rôle
			Africare Conakry/Siège central, aspect financier oublié par mégarde.
Assistant-coordonnateur	1	Africare-100%	Gestion du projet, supervision, coordination des activités, du développement du curriculum pour la formation.
Superviseur/entraîneur	1	Africare-100%	Supervision des agents sur place, gestion des données HIS, développement du curriculum de formation pour les agents sur place, entraîneur, développement et aspect oublié par mégarde relatif à la stratégie IEC, mise en place du modèle du foyer.
Assistant-superviseur	1	Africare-100%	Supervision des agents sur place, entraîneur de CAS.
Administrateur du projet	1	Africare-100%	Coordination logistique.
Secrétaire du projet	1	Africare-100%	Travail de secrétariat.
Agents sur place/Dabola	9	Africare-100%	Formation des agents communautaires, supervision et surveillance par les agents communautaires, aspect oublié par mégarde relatif aux activités du foyer.
Agents sur place/Dinguiraye	7	Africare-50%	Formation des agents communautaires, supervision et surveillance des agents communautaires
Superviseur, capacité de croissance	0	Africare-100%	Travaillera pour établir les comités de développement dans le village, surveillera les activités génératrices de revenus.
Assistant-superviseur Capacité de croissance	1	Africare-100%	Aider à créer, à former et à supporter les comités de développement dans les villages, surveiller les activités génératrices de revenus.
Coordonnateur HIS	0	Africare-100%	Sera responsable du système HIS/MIS.
Agents communautaires	48	Bénévoles communautaires	Effectuer le recensement de la population, suivre la croissance mensuellement, mesures à prendre pour l'éducation sur la santé, références au centre de la santé et suivi pour les cas référés, vente d'enveloppes ORS dans les secteurs, mener les activités du foyer à bien, surveiller le progrès des participants au foyer.
Inspecteur régional de la santé	1	MOH	Aspect oublié par mégarde et coordination des activités de la santé dans la région, supervision de DPS, coordination avec les donateurs/mise en oeuvre du projet au niveau région.
Directeur de la santé, niveau du préfet	1	MOH	Coordination des activités au niveau du préfet, liaison auprès des projets/donneurs.
Agents de la santé	28	MOH	Disposition des services de la santé aux centres pour la santé et vaccination par secteurs, supervision des agents communautaires.

D. SOUTIEN ET SUPERVISION

Le projet emploie neuf agents sur place à la préfecture de Dabola, qui, en retour, supervisent 48 agents communautaires. Le nombre d'agents communautaire (CA's) par agent sur place est en moyenne cinq, mais, en réalité, le rapport des CA's sur le nombre d'agents sur place est de 3:1 contre 8:1. La proportion varie selon plusieurs facteurs: largeur de la région couverte en termes de kilomètres (milles) carrés et par rapport à la population; distance des centres de santé, des districts et des secteurs; terrain; complexité de la communauté; et, expérience du projet. Chaque agent sur place est supposé superviser chaque agent communautaire une fois par mois. Ceci se produit habituellement durant les deux dernières semaines du mois, lorsque les activités de surveillance de la croissance sont relevées, puisque la supervision des activités inclue une formation d'apprenti au travail et la collecte des données. Pour superviser les aspects IEC d'un travail CA, une seconde visite serait toutefois nécessaire. Cet aspect est encore flou vu que les agents sur place participent déjà à d'autres activités (préparation de la formation et de la mise en place et préparation du foyer), qui nécessitent leur présence à l'extérieur des communautés ciblées. En plus, pour que la capacité de croissance puisse se produire à une allure optimale, les travailleurs sur place devraient avoir de plus fréquents contacts (2 à 3 fois par mois) avec chaque agent communautaire.

Le projet a développé un instrument de supervision pour guider les efforts des agents sur place. Cet outil (voir un exemple dans l'annexe E) recueille les renseignements concernant les fournitures et les matériaux fournis à la CA, l'activité de contrôle de croissance, les visites à domicile, les références, le nombre de participants à la planification familiale, et les activités IEC. La section aide-mémoire à la fin de la feuille sert à rappeler à l'agent sur place de fournir, en retour, des informations au superviseur de l'agent sur place.

Quoique l'instrument soit efficace dans la collecte des données du projet, cet outil ne convient pas pour examiner la performance de l'agent communautaire. Pour être de quelque utilité en supervision, l'instrument devrait toutefois être modifié pour être davantage concentré sur l'évaluation de la qualité du service livré.

Le superviseur du projet et son assistant supervisent les neuf agents sur place. Quoiqu'il n'existe aucun horaire précis pour la supervision, les deux superviseurs insistent qu'ils doivent fréquemment se rendre sur place pour surveiller le travail des agents sur place. Étant donné le nombre de responsabilités déléguées au superviseur (voir table 1), il est cependant difficile de l'imaginer ayant le temps de superviser les agents sur place de façon adéquate, même avec l'aide de son assistant. Un instrument général et sans limite de durée est présentement en train d'être révisé pour le rendre plus précis et facile à utiliser. L'instrument révisé de supervision devrait être concentré sur l'évaluation et l'amélioration de la performance des agents sur place.

Quoique les travailleurs sur place employés par MCHI prennent la responsabilité de superviser les agents communautaires, en réalité, cette tâche appartient aux agents de la santé MOH, habituellement la personne responsable du programme de vaccination. Vu le nombre restreint d'agents de la santé et leurs moyens limités de transport, on ne s'attend toutefois d'eux qu'ils supervisent les CA qu'une seule fois par trimestre. Conformément à l'étude menée par MCHI, la majorité des agents de la santé sont capables de respecter

cet horaire, quoique le contenu actuel de la visite de supervision ne soit pas clair. Parce que la supervision régulière joue un rôle-clé pour soutenir le travail des agents communautaires, le projet a besoin de chercher des moyens d'évaluer et d'améliorer (si besoin est) la qualité de la supervision fournie par les agents de la santé et de graduellement réduire les responsabilités de supervision des agents sur place.

Le mécanisme de coordination du projet pour superviser son personnel technique plus âgé réside dans ses rencontres hebdomadaires, durant lesquelles les activités du projet sont discutées et déterminées. Quoiqu'un horaire des activités du projet soit développé pour chaque mois, les membres du personnel plus âgés ne sont pas requis de soumettre des plans ni des rapports de leurs propres activités. Le résultat en est qu'il n'existe aucun rapport écrit de leur travail.

E. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONVENANCE DU SOUTIEN, DE LA SUPERVISION ET DE LA RÉPARTITION DES TÂCHES

Conclusions

1. Le projet a considérablement augmenté l'accès aux services de la santé en formant des agents communautaires et en mobilisant les mères à faire usage des services fournis par les agents de la santé.
2. Le MCHI permet au projet PRISM d'utiliser ses ressources de façon plus efficace en assumant la responsabilité pour la santé de la reproduction et des activités communautaires dans les deux préfectures.
3. La répétition potentielle des efforts existe entre le travail de GTZ et de MCHI en gestion de la capacité de croissance parmi le personnel du centre de santé.
4. L'absence de standards de performance pour les agents communautaires gêne l'efficacité de la supervision et des efforts de soutien.
5. L'approche actuelle de supervision mensuelle se concentre trop sur la quantité de travail (et de la collecte des données) et pas assez sur la qualité du travail.
6. Les visites mensuelles de supervision de ce genre sont trop fréquentes.
7. Les visites de soutien pour le seul but d'améliorer le service ne sont pas assez fréquentes.
8. Il reste trop d'inconnu sur la qualité de la supervision fournie par les agents de la santé sur les agents communautaires.
9. Les agents sur place MCHI et le personnel technique plus âgé ne sont pas supervisés de façon systématique.

10. Le superviseur chef est trop chargé par le travail

Recommandations

Relations

1. Avant son départ, le DPS devrait indiquer (par écrit) l'un de ses membres du personnel en tant que personne-ressource MCHI pour le projet. Un horaire de rencontres régulières devrait ensuite être établi entre cette personne et le coordonnateur du projet.
2. Pour éviter de répéter des tâches avec la GTZ, le projet MCHI devrait officiellement laisser tomber les indicateurs reliés à la gestion de la capacité de croissance du centre de santé (voir annexe D).

Personnel

3. Comme planifié, le coordonnateur du projet devrait réduire les tâches du superviseur chef en engageant une personne qui soit chargée du HIS/MIS.

Soutien et supervision

4. Avec la collaboration du DPS et des autres partenaires, le personnel du projet plus âgé devrait développer des normes de performance pour les agents communautaires.
5. La nouvelle personne HIS/MIS devrait réviser les instruments de supervision (travailleurs sur place ou agents communautaires et superviseurs des agents sur place) de façon à ce qu'ils évaluent la performance, pas les résultats (par exemple, la qualité de la surveillance de la croissance plutôt que le nombre d'enfants pesés).
6. Les agents sur place devraient partager les formulaires remplis par la supervision auprès des agents de la santé et en discuter les résultats de façon systématique avec le superviseur MOH.
7. Les entraîneurs devraient inviter les agents de la santé à participer aux activités pour bâtir des équipes avec les CA, et ceci devrait faire partie de la formation fournie par le projet.
8. Les agents sur place devraient utiliser l'instrument de supervision actuel (parties I et II) pour recueillir les données seulement.

9. MCHI devrait évaluer la qualité de la supervision des agents communautaires par les agents de la santé et développer et mettre une stratégie en place pour améliorer la qualité de cette supervision. Cette participation du personnel du projet dans la supervision CA, devrait graduellement diminuer au cours de la vie du projet et devrait changer pour devenir entièrement la responsabilité des agents de la santé.
10. La personne HIS/MIS devrait réduire la fréquence de la collection des données et les visites de supervision (des agents communautaires) jusqu'à concurrence d'une seule visite à tous les deux mois ou une fois par trimestre.
11. Le personnel du projet plus âgé devrait réduire la participation des agents sur place dans les activités qui les retiennent éloignés de leurs districts, de manière à ce que les agents sur place soient en mesure d'établir un programme routinier de visites de soutien plusieurs fois par mois pour chaque CA dans le but d'améliorer leur rendement.
12. Le superviseur et son assistant devraient établir un horaire régulier pour superviser les agents sur place (par exemple, une fois à tous les deux mois).
13. Le coordonnateur du projet devrait exiger des membres du personnel technique plus âgé qu'ils développent leur propre calendrier d'activités et qu'ils se rapportent régulièrement sur celles-ci.

III. QUALITÉ AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

A. MESSAGES DE L'IEC ET MOYENS DE COMMUNIQUER

Le projet a défini 21 messages-clé, qui sont divisés selon les catégories suivantes: allaitement au sein, régime varié, hygiène, paludisme, CDD, contrôle de la croissance, et vaccinations (Les messages-clé sont présentés dans l'annexe F.). Tandis que le contenu des messages correspond à 12 des 16 comportements considérés comme essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité des bébés et des enfants, il n'existe aucun message qui promouvoit les comportements de planification familiale ou le fait de devenir mère sans risques, messages qui sont utilisés pour mesurer le progrès du projet (consultations prénatales et utilisation de contraception).

En plus de faillir à certains messages, les messages eux-mêmes ne sont pas bien formulés et ont besoin d'être reformulés. Entre autres:

- Les messages-clé devraient inciter à l'action; certains des messages ne fournissent que de l'information.
- La formulation "devriez ou devrait" est condescendante, une remarque au temps impératif est plus efficace.
- Le public visé par le message a besoin d'être clarifié (par exemple, "Mères! N'allaitiez votre bébé au sein que jusqu'à six mois pour éviter la diarrhée")
- Le message de ORS sur la diarrhée est incorrect et doit être modifié.
- Et, la formulation des messages requiert qu'elle soit spécifique. Par exemple, le mot "suffisant" dans un message sur un régime varié, devrait être qualifié; ainsi que devrait l'être le message sur la nutrition pendant et après la diarrhée.

Le projet a compris plusieurs messages concernant l'hygiène. Tandis qu'ils sont populaires auprès du personnel du projet, des agents communautaires et des bénéficiaires, ces messages ne sont pas liés à l'objectif du projet CDD (gestion appropriée des cas de diarrhées) et n'ont pas prouvé être particulièrement efficaces dans la prévention de la diarrhée à l'intérieur du contexte du projet de survie de l'enfant (à l'exception du lavage des mains). En fait, l'excès d'importance donné à ces messages a éclipsé certains des autres messages, qui, eux ont de meilleurs résultats par rapport à la prévention de la diarrhée (par exemple, la vaccination et l'allaitement exclusif au sein).

L'agent communautaire est la personne-ressource-clé pour communiquer les messages de la santé et de nutrition du projet, qui sont donnés aux participants-cibles lors de trois différentes occasions: durant la surveillance de croissance mensuelle, durant les sessions de groupe sur l'éducation de la santé, et durant les visites à domicile. Avant de peser les

bébés une fois par mois, la plupart des CA choisissent un sujet et le présentent aux femmes rassemblées. Les conseils donnés pendant que le bébé est en train de se faire peser, semblent se limiter aux mères d'enfants sous-alimentés qui sont avisées concernant la pratique d'une alimentation appropriée et sont référées au centre de santé pour un suivi s'il y a lieu. Une fois ou deux fois par mois (en moyenne), l'agent communautaire rassemblera les femmes durant une journée non planifiée pour mesurer la croissance pour leur donner un autre message. En plus, de temps à autre, un agent communautaire visitera une mère à son domicile et lui livrera un message individuel. Des discussions auprès du personnel du projet ont révélé que les messages-clé ne sont pas ciblés à un sous-groupe particulier de mères, mais qu'ils sont plutôt habituellement livrés à une communauté entière de mères, sur la présomption que ces messages sont, ou ont été, ou seront présumablement évidents pour la mère. Cette approche n'est pas des plus efficaces. Des études ont prouvé que les mères sont le plus réceptives aux messages lorsqu'elles (ou que leur enfant) ont actuellement le problème discuté ou lorsqu'elles ont besoin d'une information distincte.

Le projet a fourni une formation et des outils visuels à chaque agent communautaire pour aider à communiquer les messages-clé. Après avoir revu le curriculum de formation, il semble que l'élément interpersonnel de communication soit plutôt superficiel. Cependant, vu que l'équipe d'évaluation n'a observé aucune session IEC, aucune conclusion définitive ne peut être tirée concernant les capacités des agents communautaires IEC. Les CA ont quelques outils visuels, mais certains des messages (comme ceux sur la prévention du paludisme) n'ont pas d'outil visuel les accompagnant. Quelques-unes des images sur chevalet à feuilles mobiles utilisées par les CA semblent mal choisies et n'avoir pas été pré-contrôlées (par exemple, une image d'un bébé bleu).

La session durant laquelle un échange d'informations est alloué entre l'agent communautaire, qui la présente à tous les trimestres, et les communautés desservies, paraît être une activité très positive du projet. Durant cette présentation aux chefs de district et aux membres de la communauté, le CA rapporte les activités qui ont été suivies durant le trimestre passé. Le CA rapporte aussi le nombre de cas référés, le nombre d'enfants pesés, et le nombre de ceux sous-alimentés. Cette activité renforce le fait que le CA n'a pas seulement à répondre de ses actes au projet, mais, encore plus important, il ou elle est responsable de ses actes face à la communauté dans laquelle il ou elle oeuvre. La pratique d'échanger des informations en retour est très importante et aplanira le chemin pour la création de comités de développement dans les districts, dont la tâche sera de soutenir les CA.

Lors que le projet a débuté le modèle du foyer pour réhabiliter les bébés sous-alimentés, il a créé deux autres mécanismes pour influencer les pratiques d'alimentation de l'enfant: *la maman-lumière* (en français dans le texte) et la conduite modelée d'une alimentation appropriée. *La maman-lumière* est un modèle de mère parce que, sans aucun moyen extraordinaire, elle est capable de maintenir son bébé en bonne santé. Cette femme est choisie par le projet après une visite à domicile qui comprend un questionnaire qui détermine une alimentation et une pratique de santé positives, un rappel de régime jour et nuit, et une observation.

La maman-lumière sert de modèle pratique pour les participant(e)s aux activités sur la santé. Elle participe à une session de formation de 4-jours pour apprendre les messages-clé du projet et comment les communiquer aux autres

mères. Lorsque les mères viennent à la session de formation du foyer, à tous les matins, pendant 12 jours, *la maman-lumière*, ainsi que le CA et le personnel du projet, communiquent les messages-clé aux participantes du foyer. Une étude de la mise en pratique du modèle du foyer par Africare, suggère que la *maman-lumière* devient souvent une mère-ressource dans sa communauté, qui renforce les messages-clé (particulièrement ceux concernant l'hygiène et l'alimentation) même après que la formation du foyer soit terminée. D'autres études concernant ce résultat inattendu seraient utiles.

Jusqu'à présent, il semble que le moyen le plus efficace de changer le comportement des mères soit les activités du foyer. Non seulement les mères participantes entendent-elles des messages-clé répétés, et, cela, de sources variées durant une période relativement longue (12 jours consécutifs), mais elles pratiquent elles-mêmes ces messages sur l'hygiène de la nourriture, le lavage des mains, le régime varié, la grosseur de la portion, la persévérance dans l'alimentation, l'allaitement, etc. Ces pratiques sont renforcées par les chefs de communauté, les maris, les agents de la santé, et tous ceux et celles associé(e)s au projet, et sont récompensées (et donc renforcées), dans la plupart des cas, par des changements visibles et positifs dans le comportement du bébé. Avant même qu'un gain de poids soit enregistré, la majorité des participantes à la formation du foyer, rapportent que leur bébé, auparavant léthargique, est devenu plus vigoureux et heureux grâce à l'alimentation.

B. PROJET D'ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DES MESSAGES ET DE L'UTILISATION DES INFORMATIONS

Le projet n'examine pas systématiquement la compréhension des messages-clé ni le niveau de connaissance ou de pratique. Le projet se rapproche le plus de cette optique lors des visites périodiques aux domiciles des participants au programme du foyer, où on peut alors constater si les mères ont continué de suivre les pratiques d'alimentation promues durant la formation du foyer. Cependant, ces efforts se rapportent à un faible pourcentage de la population visée, ne sont pas systématiques, et ne produisent pas de données utilisées pour prendre des décisions futures. Le projet recueille des données sur le nombre de pochettes ORS vendues par les agents communautaires, mais, jusqu'à présent, ces données n'ont pas été utilisées pour tracer des changements relatifs à la gestion des cas de maladie par la diarrhée. Les centres de la santé recueillent des données sur le nombre de consultations pré-natales fournies et sur le nombre d'enfants vaccinés, et le personnel du projet participe à des activités de surveillance semi-annuelles durant lesquelles ces données sont comparées à celles de la période du rapport précédente. Le projet ne tient cependant pas spécialement compte de cette information, en partie parce que MOH utilise une formule de rapport (couverture en vigueur, couverture adéquate) qui ne satisfait pas les besoins du projet.

Le projet peut être moins incliné à mesurer la connaissance parce que, au moment de l'application continue (juillet 1998), tous les indices sauf un, ont été changés et remplacés par des indicateurs visant la pratique (voir annexe D). Les changements en niveaux de connaissance sont d'importants indices (et précèdent habituellement les changements dans la pratique), surtout lorsqu'ils sont reliés à des pratiques qui sont particulièrement difficiles à toucher, comme l'alimentation du nourrisson. Le projet devrait considérer ré-insérer les indicateurs de connaissance pour lesquels ils ont obtenu des données de base.

La pratique que le projet marque systématiquement est la surveillance de croissance. À chaque mois, les agents vérifient le nombre d'enfants âgés de moins de 3 ans qui ont été pesés, le nombre sous-alimentés, et à quel degré. Ces résultats ne correspondent pas à l'indice de nutrition de l'enfant du projet, toutefois, parce que les indicateurs montrent la sous-alimentation chronique (retardement), qui est mesurée par grandeur pour l'âge, tandis que le projet utilise le poids pour l'âge, qui mesure la sous-alimentation aigüe. En plus, la manière dont le recensement a été relevé (les femmes enregistrées/les enfants qui viennent aux places centrales d'enregistrement) ne permet pas au projet de connaître de façon certaine le pourcentage des enfants de la population âgés de moins de 3 ans qui sont enregistrés et qui sont pesés, et, donc, le pourcentage qui est sous-alimenté.

C. ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DES MESSAGES PARMIS LE PUBLIC CIBLE

L'équipe d'évaluation a entrevu un total de 68 mères d'enfants âgés de moins de 2 ans. Entre autre, l'équipe avait cherché à déterminer jusqu'à quel point les mères comprenaient les messages principaux du projet (voir annexe F). Comme le montre le tableau 2, la vaste majorité des mères ont démontré avoir une compréhension des messages sur l'allaitement au sein. Le point le plus faible dans la section du régime varié se rapporte au nombre de repas qu'un bébé nécessite. Trois quarts des mères pouvaient nommer deux moyens d'empêcher la diarrhée et au moins une technique de gestion appropriée de la diarrhée. La moitié des mères entrevues savait les causes du paludisme et pouvait citer un moyen d'éviter d'attraper cette maladie (comparé à seulement 37 pour cent parmi les travailleurs de la santé). Le message incitant à chercher de l'aide pour un enfant atteint d'une fièvre était similaire pour la majorité des mères. La connaissance des mères relative aux horaires de vaccination pour les femmes enceintes, était particulièrement basse.

Les résultats reflètent que le projet s'est très concentré sur l'alimentation, et que les messages sur la nutrition ont été renforcés par la formation du foyer. Les CA ont reçu une formation sur l'alimentation en Octobre 1998, un an avant l'évaluation, et une formation sur le paludisme en juillet 1999, seulement trois mois avant l'évaluation. Avec le temps, les mères vont absorber les autres messages avec autant d'efficacité.

Tableau 2: Connaissance parmi les mères vivant dans la région du projet (n = 68)

Élément/Question	Réponses correctes
Allaitement au sein	
Qu'est-ce qu'une mère devrait d'abord donner à son nouveau-né après sa naissance?	58 (85%)
2. Savez-vous ce qu'est le colostrum? (oui)	64 (94%)
3. Pourquoi est-ce important?	56 (83%)
Régime varié	
4. Quand une mère devrait-elle commencer à nourrir son enfant des aliments autres que le lait du sein?	50 (73%)
5. À 6 mois, qu'est-ce qu'un bébé devrait manger?	58 (85%)
6. À 6 mois, de combien de repas par jour un bébé a-t-il besoin?	41 (61%)
Diarrhée	
7. Que devrait faire une mère pour éviter d'avoir la diarrhée?	51 (75%)
8. Que devriez-vous faire pour un enfant qui a la diarrhée?	50 (73%)
Paludisme	
9. Qu'est-ce qui cause le paludisme?	35 (51%)
10. Comment pouvez-vous vous protéger contre le paludisme?	36 (52%)
11. Que devriez-vous faire si votre enfant fait de la fièvre?	52 (77%)
Vaccinations	
12. Pourquoi devriez-vous faire vacciner votre enfant?	67 (98%)
13. À quel âge un enfant devrait-il être complètement vacciné?	35 (51%)
14. Combien de fois une femme enceinte a-t-elle besoin d'être vaccinée? vaccinated?	26 (39%)

D. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

1. Le projet a favorisé le sens de la propriété en institutionalisant des sessions de réaction auprès de la communauté. Cette activité a, en quelque sorte, préparé l'estrade, pour la scène qui allait suivre, en l'occurrence, la constitution de comités de développement de la communauté.
2. Le contenu des messages-clé correspond aux comportements-clé considérés essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité **chez le nourrisson et l'enfant**.

3. La liste des messages-clé est incomplète. Les messages relatifs à la nécessité des consultations prénatales et des contraceptifs sont manquants.
4. Le modèle du foyer est probablement la stratégie la plus efficace du projet quant au changement de comportement, car il inclut presque tous, et peut-être même tous, les éléments les plus efficaces pour favoriser le changement du comportement.
5. Les messages IEC qui n'atteignent pas leur marque ont compromis l'efficacité de la stratégie IEC.
6. Les approches courantes du projet relatives à l'influence sur le comportement des mères, sont assez limitées (les CA communiquent des messages, fournissant des produits et des activités du foyer), et, seules, ne réaliseront probablement pas de changements importants du comportement.
7. Certaines mamans-lumière sont devenues de véritables agents de changement au sein de leurs communautés qui renforcent également les messages-clé du projet.
8. Le projet n'évalue pas systématiquement les niveaux de connaissance des mères et ne retrace pas les indices intermédiaires reliés à la pratique (ventes de ORS).
9. Le projet utilise des activités qui surveillent la croissance, principalement pour identifier les enfants sous-alimentés pour les inclure dans les activités du foyer. Elles n'utilisent pas leur plein potentiel, comme de viser les messages éducatifs sur la santé.

Recommandations

1. Développer des messages-clé qui favorisent spécifiquement les consultations prénatales et l'usage de contraceptifs
2. Réviser la liste des messages-clé et les reformuler pour adresser des sujets spécifiques identifiés précédemment. Identifier le principal public visé pour chaque message et utiliser les messages pour communiquer des idées.

3. Aider les CA à diriger leurs efforts IEC en formant des critères généraux pour les sessions de groupe éducatives et les visites à domicile. Moins se concentrer sur l'hygiène et plus sur la gestion des cas et d'autres moyens d'empêcher la diarrhée (par exemple, l'allaitement exclusif, la vaccination contre la rougeole). Utiliser l'activité de surveillance de la croissance comme moyen d'identifier les messages que les mères ont besoin d'entendre.
4. Lorsque les comités de développement du district sont formés, leur fournir une formation technique de façon à renforcer les messages-clé du projet.
5. Mener des recherches sur l'effet qui résulte de la formation du foyer (et de *la maman-lumière* et des participant(e)s) sur les non-participants du programme de foyer.
6. Considérer d'autres stratégies de développement pour favoriser le changement désiré de comportement. Par exemple, encourager et soutenir l'allaitement immédiat et exclusif; le projet pourrait faire un essai-pilote sur la création de groupes-support d'allaitement, comme décrit par Wellstart.
7. Réviser la liste courante des indicateurs pour inclure des indicateurs de connaissance pour lesquels il existe des données de base.
8. Changer l'indicateur relié à la sous-alimentation dû à une sous-alimentation chronique pour la sous-alimentation grave (ou simplement la sous-alimentation).
9. Faisant également partie de la stratégie détaillée IEC, identifier des moyens de renforcer positivement les mères et les communautés afin qu'elles adoptent les comportements et les pratiques désiré(e)s, par exemple, un certain pourcentage d'enfants âgés de moins de 3 ans ayant un poids normal pendant le trimestre, ou un certain pourcentage de nouvelles mères qui allaitent exclusivement leur nourrisson au sein.

IV. QUALITÉ DES SERVICES DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET DES ÉTABLISSEMENTS

A. ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LA CONNAISSANCE, DE L'HABILITÉ ET DES PRATIQUES DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (MOH) ET DES AGENTS COMMUNAUTAIRE

Le projet apporte une formation et un soutien à deux types de travailleurs de la santé: l'agent communautaire et le bénévole communautaire qui fournit certains services de base préventifs et éducatifs; et, l'agent de la santé (parfois appelé le travailleur de la santé), est un employé MOH situé dans un centre de santé ou un poste de santé, qui fournit une gamme de services reliés à la santé.

Pour améliorer l'accès et la qualité du service, le projet forme des agents de la santé et des agents communautaires dans les quatre sujets techniques de base du projet. L'approche cascade est utilisée, selon laquelle les agents sur place et les travailleurs de la santé MOH reçoivent initialement la formation. Après leur formation, les agents communautaires reçoivent la leur. Malheureusement, les travailleurs de la santé du ministère, une fois formés, n'aident pas à former les agents communautaires. C'est plutôt les agents sur place du projet qui leur donnent la formation, avec le personnel MOH participant de façon sporadique et seulement pour certaines parties du cours. Apparemment, les travailleurs de la santé sont si surchargés de travail qu'ils n'ont pas le temps de participer à la formation CA.

Le projet a conçu et créé trois cours pour les agents MOH et six cours pour les agents communautaires, comme l'indique le tableau 8, en chapitre V. Des tests pré- et post sont systématiquement administrés et servent à vérifier les niveaux de connaissance des participants après qu'ils ont reçu la formation. Dans tous les cas, les résultats d'après le test ont été plus élevés que les résultats des pré-tests. Pour vérifier la connaissance retenue par ceux et celles qui ont reçu la formation sur les sujets touchés par elle, l'équipe d'évaluation fait passer son propre questionnaire, les résultats duquel sont montrés aux tableaux 3 et 4.

Le tableau 3 indique que plusieurs des agents de la santé n'ont pas retenu les informations fournies durant la période d'entraînement. Des 15 questions, seulement 7 ont reçu des réponses correctes par plus de la moitié des agents de la santé. Cette faible concentration reflète probablement le manque de renforcement (ou d'utilisation) des renseignements après la période d'entraînement, plutôt que la qualité de cette dernière, puisque les résultats des post-tests ont été raisonnablement élevés. De plus, tandis que les travailleurs sur place du projet continuent de renforcer les leçons de la formation parmi les agents communautaires, cela n'est pas fait (et ce n'est pas non plus un rôle approprié pour les agents sur place) parmi les travailleurs de la santé.

Tableau 3: Niveaux de connaissance des agents de la santé MOH

Élément/Question	Nombre de réponses correctes
Alimentation (n = 6)	
1. Quel est l'avantage de la vitamine A?	4
2. Quel conseil donneriez-vous à une femme enceinte concernant l'alimentation de son nouveau-né?	6
3. Quelles actions devrait poser une mère pour assurer la santé de son bébé?	4
4. Pourquoi un bébé devrait-il commencer à manger à l'âge de 6 mois?	3
Diarrhée (n = 6)	
1. Quels sont les signes d'une déshydratation (modérée) chez un enfant?	2
2. Comment traitez-vous un enfant qui souffre de déshydratation modérée?	0
3. Quel conseil un travailleur communautaire devrait-il donner à une mère concernant ce qu'elle doit faire pour prendre soin de son bébé qui a la diarrhée?	3
Paludisme (n = 8)	
1. Quels sont les signes du paludisme grave?	2
2. Quel est le traitement du paludisme grave?	8
3. Que pouvez-vous faire pour empêcher d'attraper le paludisme?	3
4. Pourquoi est-il particulièrement grave qu'une femme enceinte soit atteinte du paludisme?	6
Santé reproductive/Planification familiale (n = 4)	
1. Quels sont les signes d'une maladie transmise sexuellement?	2
2. Quel conseil devriez-vous donner à un(e) patient(e) que vous croyez atteint(e) de VIH/SIDA?	0
3. Quel conseil donneriez-vous à une femme si elle avait oublié de prendre sa pilule la nuit d'avant?	4
4. Après avoir cessé de prendre Depo-Provera, après combien de temps la fertilité revient-elle?	3

Tableau 4: Niveaux de connaissance des agents communautaires (n=16)

Élément/Question	Nombre de réponses correctes
Alimentation	
1. Pourquoi pesez-vous les bébés?	15
2. Comment distinguez-vous entre un bébé bien nourri et un bébé mal nourri?	16
3. Quelle importance a le colostrum pour un bébé?	15
4. À quel âge un bébé devrait-il recevoir des aliments solides en plus du lait de la mère?	15
5. Quelles étapes devraient être suivies pour assurer la bonne alimentation d'un bébé?	13
Diarrhée	
1. Quelles mesures peut-on prendre pour éviter d'avoir la diarrhée?	9
2. Que devrait faire une mère pour prendre soin de son bébé qui a la diarrhée?	10
Paludisme	
1. Quels sont les signes du paludisme qui nécessitent une intervention urgente?	10
Élément/Question	
2. Que devrait faire un CA pour un enfant atteint du paludisme?	15
3. Le paludisme est plus dangereux parmi quels groupes?	13
4. Quelles mesures pouvez-vous prendre pour vous protéger contre le paludisme?	13

Communications interpersonnelles	
1. Quelles sont les qualités d'un bon message?	11
2. Quelles sont les qualités d'un bon communicateur?	12
3. Quels sont les obstacles à la bonne communication?	5

Les agents communautaires se sont révélés obtenir des niveaux plus élevés dans la compréhension du matériel retenu des messages du projet (contenu de l'entraînement) que ne l'ont fait les agents de la santé, vraisemblablement parce qu'ils utilisent ces informations plus souvent et reçoivent un soutien plus régulier. Leur compréhension des messages-clé sur la nutrition est plus grande que celle des deux autres éléments techniques et il existe un besoin plus grand de renforcer les messages sur la maladie de la diarrhée.

Durant chaque cours d'entraînement, des informations sur la communication interpersonnelle sont révisées. Savoir et pouvoir communiquer interpersonnellement de façon efficace sont deux choses bien différentes. Cependant, lorsqu'on en vient à la communication sur le changement du comportement, les entraîneurs devraient se concentrer davantage sur la performance que sur le savoir et reconnaître des moyens d'évaluer l'habileté des CA pour organiser et mettre des sessions de groupe éducatives en marche, aussi bien que des événements seul(e) à seul(e).

B. QUALITÉ DES OUTILS DE SERVICES UTILISÉS POUR LE PROJET

Comme le montre le tableau 5, le projet a développé une vaste gamme d'instruments et d'outils pour surveiller les entrées et les aboutissements du projet et pour évaluer la qualité des services. Cette attention à retracer les mécanismes pourrait constituer un résultat du projet, puisqu'il est considéré être à base de performance par USAID/Guinée. Ceci signifie que le financement pour chaque année se base sur le rendement du projet, ce qui diffère par rapport à d'autres mécanismes de financement. Selon le fonctionnaire du projet USAID/Guinée, le rendement de MCHI pour chaque année est déterminé par l'étendue de la mise en place des horaires d'activités du projet et certains indices atteints pour l'année.

Une revue des instruments cités ci-dessous révèle ce qui suit:

- Dans certains cas, les données (par exemple, le nombre d'enfants sous-alimentés) sont recueillies par plusieurs différentes sources/instruments.
- L'outil utilisé pour superviser les agents communautaires sont davantage centrés sur les résultats (nombre de sessions IEC, nombre d'enfants pesés) que sur la performance (qualité des sessions IEC, qualité de la surveillance de la croissance et assistance par conseils).
- L'outil original utilisé pour superviser les agents sur place (qui est en train d'être révisé) n'est pas assez limité.

- Il ne semble y avoir aucun protocole de normalisation pour classifier ou utiliser les formulaires de référence une fois qu'ils sont livrés au centre de santé.
- Certains agents communautaires n'enregistrent pas les mortalités ou les références dans leur cahier.
- Les conseils que les agents sur place donnent aux agents communautaires, concernant la manière d'établir et de remplir le cahier, diffèrent, ce qui cause une variance dans les instruments de la collection des données.
- Les agents de la santé n'enregistrent pas les vaccinations sur les cartes vertes de la SIAC route-santé.
- Et, aucun des outils/instruments ne se rapporte à la supervision du personnel technique (plus âgé).

Tableau 5: Assurance de la qualité des instruments utilisés par MCHI

Nom de l'instrument	Utilisé par	But
Cahier de surveillance de la croissance	Agents communautaires	Un cahier des noms des enfants âgés de moins de 3 ans; enregistrement des informations familiales et du poids mensuel; contient aussi des renseignements sur les participants au foyer et les cas référés au centre de santé.
Formulaires de rapport mensuel	Agents communautaires	Complété par CA et utilisé pr les agents sur place et les agents de la santé MOH pour surveiller le travail des CA
Formulaire de rappel jour et nuit	Agents sur place	Recueillir les informations concernant les habitudes d'alimentation de l'enfant (et d'autres informations) parmi des mères positivement déviantes dans la préparation pour l'entraînement du foyer.
Guide du foyer	Agents sur place et agents communautaires	Décrit les étapes nécessaires pour mener la stratégie Africare/Guinée à bien.
Recensement de surveillance de la croissance	Agents communautaires	Formulaire utilisé pour enregistrer les enfants de moins de 3 ans qui participeront aux activités de surveillance de la croissance.
Horaire des activités pour le centre de santé	Agents communautaires et agents de la santé	Complété par CA, utilisé pour aider les agents de la santé MOH à savoir et à suivre les activités que les CA effectuent chaque semaine, de façon à ce que le centre de santé puisse coordonner les activités avec celles du CA.
Évaluation du formulaire-nutrition	Personnes recevant l'entraînement	Utilisé poru évaluer une session de formation
Enregistrement de référence	Agent communautaire	Formulaires complétés par CA et donné aux enfants qui ont besoin de recevoir une attention médicale au centre de santé;

Nom de l'instrument	Utilisé par	But
		formulaires conservés par le personnel du centre de santé.
Tableau communautaire	Agent communautaire	Large carte de route-santé à être utilisé par CA pour résumer le pesage mensuel de façon à ce que les mères et les autres membres de la communauté puissent voir l'état nutritionnel des enfants pesés cette journée-là.
Formulaire route-santé	Agent communautaire	Utilisé pour tracer le gain de poids des enfants; sert aussi comme carte de vaccination.
Graphique organisationnel du projet	Tout le personnel	Utilisé pour indiquer la hiérarchie parmi le personnel du projet et qui supervise qui.
Formulaire de supervision de l'agent communautaire	Agents sur place	Utilisé pour superviser les CA à tous les mois.
Horaire de supervision	Superviseur et assistant-superviseur	En cours de révision; utilisé pour guider et noter où sont les agents de supervision sur place.
Formulaire d'usage de motocyclette	Agents sur place	Utilisé pour noter l'usage des motocyclettes.
Description des tâches	Tout le personnel	Écrit pour chaque membre du personnel, pour les guider dans leur travail; déterminer le classement hiérarchique et comprendre les responsabilités de la supervision.
Graphique de planification des activités	Agents sur place	Formulaire de planification par les superviseurs pour surveiller les activités mensuelles des agents sur place; affiché aux centres de santé de façon à ce que les travailleurs de la santé puissent savoir quand certaines des activités sont planifiées.
Étude de marché	Agents sur place et personnel technique	Inventaire de ce qui est disponible sur le marché et prix; utilisé pour développer des recettes pour la formation de foyer.
Formulaire d'activité du foyer	Agents sur place	Utilisé pour marquer où en sont les activités quotidiennes du modèle du foyer (présence des enfants, poids, etc.).
Pré et post-tests	Entraîneurs	Utilisé pour évaluer les niveaux de connaissance réalisés par les personnes suivant une des formations.
Évaluation de l'espace ORS	Agents sur place	Outil à n'utiliser qu'une seule fois, utilisé pour évaluer l'espace mis de côté pour traiter les enfants déshydratés.

C. MATÉRIAUX ET FOURNITURES POUR CHAQUE TYPE D'ÉTABLISSEMENT DE LA SANTÉ ET POUR LES TRAVAILLEURS

Tableaux 6 et 7 font une liste des fournitures, matériaux, et de l'équipement fournis aux agents communautaires et aux centres de santé.

Tableau 6: fournitures, matériaux, et de l'équipement fournis aux agents communautaires

Communautés/Agents communautaires
Bicyclette
Bottes
Imperméable
Sac à dos
Cahier communautaire (plus grand registre)
Plusieurs bloc-notes et règles, crayons à mine et à l'encre, etc.
Formulaires de rapport mensuel
Formulaires de référence (avec copies)
Balance avec filet
Quantité de formulaires route-santé
Tableau de croissance communautaire
Affiches sur la vitamine A, l'allaitement maternel, et ORS
Pamphlets sur CDD
Pochettes ORS (150-250 paquets)
Images sur un chevalet à feuilles mobiles produites par UNICEF (boîte-image)

Les articles listés ci-dessus ont été fournis aux communautés pour l'usage par les agents communautaires. Les bicyclettes sont requises pour se déplacer d'une communauté à l'autre couvertes par la CA, parce que, en Guinée, les populations ne sont pas toutes groupées en villages et plusieurs sont dispersées sur parfois une très large étendue géographique. C'est aussi pourquoi un sac à dos, un imperméable et des bottes sont considérées comme essentielles. À tous les mois, les agents sur place font le relevé de leur équipement, de leurs fournitures et de leurs matériaux, cela fait partie de leur visite de supervision et ils se renflouent au besoin.

Le CA a tous les formulaires de rapports et les instruments dont il ou elle a besoin, mais n'a pas d'aides visuelles. Vu la nécessité de couvrir plusieurs communautés et de ne pas oeuvrer d'un point central, les affiches ne sont pas des aides visuelles efficaces. Les agents communautaires ont plutôt besoin d'aides portables, comme la boîte d'images (en français). Similairement, le tableau de croissance communautaire n'est pas facilement portable. Comme il l'a été mentionné précédemment, certains messages-clé ne sont pas accompagnés d'aides visuelles.

Tableau 7: Fournitures, matériaux, et équipement Fournis aux centres de santé, aux poste de santé et aux travailleurs de la santé

Établissements de la santé/Agents de la santé
Six motocyclettes
Quatre radio émettrices-transmettrices
Affiches: Allaitement au sein Vitamine A Encadrement conceptuel de la sous-alimentation

Gestion des cas CDD
Documents: Modèle du foyer Étapes du modèle du foyer Module d'entraînement sur l'alimentation et la nutrition (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture [FAO], UNICEF) Module de formation CDD
Module de formation sur le contrôle du paludisme Technologie contraceptive (AGBEF) Gestion et qualité des services (AGBEF) Module de formation IEC Guide d'entraînement des services livrés CA (AGBEF) Conception par Dialogue (USAID, SARA)

Les motocyclettes sont fournies à ces centres de la santé où le transport est sérieusement entravé. Elles permettent d'étendre le programme d'immunisation (EPI) et aux agents de mener des campagnes régulières de vaccination dans les communautés et de superviser les agents communautaires plus régulièrement. Les affiches ont été produites aux centres de la santé et étaient visibles durant les visites d'évaluation sur place. Les travailleurs de la santé qui ont participé à la formation organisée par le projet, ont reçu les documents notés ci-dessus. La provision des modules de formation est digne de mention du fait que les agents de la santé pourraient alors (vraisemblablement) fournir la même formation à d'autres agents de la santé, augmentant ainsi le nombre de personnel MOH entraîné.

Selon la proposition de projet, le DPS devait aussi recevoir des "mopeds" (mobyettes). Puisque leurs besoins de transport a déjà été satisfait, le projet a fourni une photocopieuse, un article fort désiré et apprécié.

D. LE SYSTÈME DE RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Le projet n'utilise pas le système de renseignements sur la santé MOH, en partie parce qu'il n'analyse pas les informations d'une manière utile au projet. De plus, puisque MOH ne possède pas d'indicateurs de nutrition ou d'activité communautaire, il ne recueille pas ces informations. Ceci constitue une contrainte majeure au projet, car le système d'informations MOH ne fournit pas d'encouragement aux agents de la santé afin de supporter les activités sur la nutrition ou de la communauté. Vu la nature du projet à base de performance, MCHI recueille régulièrement des informations concernant les résultats et la réalisation des activités et ceci est rapporté à chaque année à la USAID/Guinée dans son rapport annuel. Comme mentionné ci-haut, le seul indicateur de l'impact que le projet rapporte de façon uniforme est la sous-alimentation; le reste sera évalué durant l'étude finale sur la connaissance, la pratique et la couverture (KPC).

E. CONCLUSIONS CONCERNANT LE RENDEMENT DE LA FORMATION, DU SOUTIEN, DU CONTRÔLE ET DE LA SUPERVISION DES SERVICES LIVRÉS

Conclusions

1. Le projet a développé un système complet d'informations sur la gestion et la santé. Les instruments sont pour la plupart simples et faciles à utiliser.
2. Le système d'informations du projet a contribué à établir un rapprochement entre le périodiquement la mise en place d'activités spécifiques (surveillance de la croissance, sessions IEC, visites à domicile, etc.)
3. La nouvelle personne HIS devrait réviser les rapports mensuels des agents sur place pour concentrer sur la performance des CA plutôt que sur les statistiques de surveillance de la croissance.
4. Fournir des crayons de couleur aux CA pour qu'ils puissent colorer les tableaux route-santé, qui en faciliterait pour les mères.
5. Le projet ne devrait pas créer plus d'aides visuelles, mais plutôt devrait rechercher (par le biais du réseau Africare en Afrique de l'Ouest, par exemple) pour lesquels des messages sur la santé des aides visuelles ont déjà été créées et soit adopter, soit adapter celles-ci pour la culture de la Guinée.
6. En coopération avec le chef du centre de la santé, développer un protocole pour classifier et utiliser les formulaires de référence.
7. Le projet devrait faire la requête auprès de DPS qu'il demande aux chefs de centres de la santé des sous-préfectures qui oeuvrent dans la région du projet, de rapporter les activités communautaires, soit dans un rapport séparé (pour lequel le projet pourrait développer un format), soit, ou également, oralement aux rencontres semi-annuelles CTPS.
8. Demander à DPS de demander à ses agents de la santé d'enregistrer les vaccinations sur la carte route-santé. En expliquer l'importance aux agents de la santé et en soutenir la conformité pendant les campagnes de 9. Les membres du personnel plus âgés devraient préparer vaccination au niveau communautaire.
9. Les membres du personnel plus âgés devraient préparer et soumettre de brefs rapports de leur travail au coordonnateur (comment ils passent leur temps) à tous les deux mois. Ceux-ci devraient mentionner les tâches de l'individu, comme le nombre de travailleurs sur place supervisés.
10. Tout le personnel, y compris le personnel plus âgé, devrait préparer des plans de travail mensuels qui identifient des événements comme des tournées sur place et leur but et les personnes ressources CA et le contenu.

V. CAPACITÉ DE CROISSANCE ET DE SUSTENTATION

~~A. PLANS ET PROGRÈS DU PROJET TENDANT À AUGMENTER LA CAPACITÉ DES PARTENAIRES~~

Le projet n'a pas commencé avec une stratégie détaillée de la capacité de croissance qui identifiait la performance désirée ni les besoins d'entraînement, mais plutôt à bâtir sur les projets qui l'avaient précédé (le Projet d'options de la planification familiale [FAMPOP]). MCHI s'est proposé de former des agents communautaires dans chacun des quatre sujets techniques du projet, et surveiller la croissance. En suivant l'approche de cascade pour la formation, les agents de la santé et les travailleurs de la santé ont été entraînés d'abord, et ensuite, les agents communautaires furent entraînés. Aucun des besoins d'entraînement des agents n'avaient cependant été évalué d'avance, ou n'était basé sur l'analyse du rendement désiré. Le projet a planifié mener des évaluation des besoins de formation des agents de la santé, mais en fut découragée par USAID, vu qu'un autre bénéficiaire de USAID, PRISM (avec le conseil de population), devait mener une évaluation nationale, qui devait produire des résultats utiles au projet. Pourtant, la formation des agents de la santé était basée plus sur les besoins du projet que sur les besoins particuliers des agents de la santé.

Durant la première moitié du projet, Africare s'est principalement concentré sur la capacité de développement au niveau de la communauté, plus spécifiquement sur l'agent communautaire. Tandis que MCHI fournissait une formation et aux agents de la santé et aux agents communautaires, comme il l'est montré en tableau 8, les agents sur place étaient capables de faire un suivi après la formation grâce à des visites régulières sur place, ce qui aidait les CA à mettre ce qu'ils avaient appris en pratique. L'absence de ce suivi pour les agents de la santé a fait que plusieurs parmi eux ont oublié ce qu'ils avaient appris, comme le démontre le tableau 3. Cependant, en toute équité pour le projet, le moyen le plus approprié de faire ce suivi sur la formation n'est pas particulièrement évident. Les agents sur place, la plupart desquels ne sont pas des praticiens officiels de la santé, ne sont pas faits pour cette tâche. Les médecins MCHI faisant partie du personnel, quoique compétents, n'ont pas le temps ni l'autorité nécessaire pour fournir ce genre de soutien aux agents de la santé.

La capacité de croissance MOH était l'un des objectifs originaux du projet. La proposition du projet comprenait comme l'un de ses buts, "renforcer et élargir les services gouvernementaux existants", et proposait de mesurer ce but par les indicateurs suivants:

90 pour cent du personnel de la santé participera aux cours de formation parrainés par MCHI,

80 pour cent du personnel de la santé traitera de façon appropriée ou référera les maladies d'enfance (diarrhée, paludisme, et sous-alimentation) ou fera les deux,

Six nouveaux postes de la santé seront construits,

- 80 pour cent des établissements de la santé auront des systèmes de recouvrement de frais mis en place et,

90 pour cent des établissements de la santé soumettront des rapports précis et à temps de façon mensuelle.

Tableau 8: Formation

Topic	Date	Durée (en jours)	Personnes recevant l'entraînement	Nombre
Formation des personnes donnant la formation	7/20–24/98	5	Personnel Africare: MCHI, DFSI	9
Nutrition	7/28–1/98	5	Agents sur place	9
			Assistant-superviseur	1
			Agents MOH	6
Reformation paludisme/nutrition	7/27–30/99	4	Agents communautaires: Dabola: 1er groupe CA	16
			Dinguiraye	1
Nutrition/Communication	6/7–12/99	6	Agents communautaires Dabola: 2ième groupe	35
Gestion des cas de la maladie de la diarrhée	6/14–16/99	3	Agents communautaires: Dabola: 2ième groupe	35
Contrôle du paludisme et Reformation nutrition	10/4–7/99	4	CA: Dabola	35
			CA: Dinguiraye	10
Contrôle de la maladie de la diarrhée	1/12–16/99	5	Agents sur place	9
			Assistant-superviseur	1
			Agents MOH: Dabola	9
			Agents MOH: DInguiraye	2
Contrôle du paludisme	7/5–9/99	5	Agents MOH	9
			Agents sur place: Dabola	9
			Agents sur place: Dinguiraye	8
			Assistant-superviseur	1
Santé reproductive	9/13–16/99	4	Agents sur place: Dabola	9
			Agents sur place: Dinguiraye	8
			Assistant-superviseurs	2
Santé reproductive	9/13–22/99	8*	Agents MOH	4
11 cours		55		

*4 jours en commun avec l'agent sur place en formation sur la santé reproductive.

La continuation de l'application ne fait aucune mention de ces indicateurs, mais cite ce qui suit en tant que les indicateurs nouvellement adoptés du projet pour renforcer et élargir MOH:

- nombre de postes de la santé construits,
- nombre de postes de la santé rénovés et,

- nombre de centres de la santé possédant des chaînes d'entreposage frigorifiques (subséquentement laissées de côté après l'étude de données de base).

Puisqu'il n'existe aucune communication écrite entre USAID/Guinée et Africare concernant ces changements, il n'est pas clair à savoir si ces changements ont été officiellement reconnus, car ils auraient fait partie d'un plan de mise en pratique détaillé du Bureau de réponse humanitaire/Coopération privée et volontaire (BHR/PVC). Des discussions auprès du fonctionnaire du projet USAID semblent indiquer que la continuation de l'application et tout changement qu'elle contienne, devient le document de base et donc, MCHI n'est pas dans l'obligation d'utiliser les indicateurs présentés dans la proposition pour mesurer les efforts de renforcement MOH.

Vu ce fait et le fait que les indicateurs présents se rapportent à l'expansion plutôt qu'au renforcement, le projet devrait considérer reformuler l'objectif pour refléter ceci (éliminer le mot "renforcer" et laisser "élargir"). Cependant, le projet supporte et renforce la capacité de DPS de d'autres manières (renforçant le lien entre l'agent de la santé et les activités communautaires; augmentant la connaissance sur le paludisme, CDD, la nutrition, etc.) et il désirera peut-être réviser ses indicateurs de façon à refléter plus précisément ces efforts.

B. SUSTENTATION DU PROJET - PLANS ET PROGRÈS

Le plan de sustentation du projet délinéé dans la proposition des activités et des avantages du projet envisagés étant soutenus par deux moyens: soutien de la communauté par les activités des agents communautaires et soutien MOH des activités communautaires. La première approche dépend de la création, de la formation et du soutien de la communauté – et des comités de développement au niveau du district qui "mèneront la communauté en mobilisant, en organisant, en coordonnant des activités de développement", certains desquels incluraient vraisemblablement des activités sur la santé. La proposition suggère aussi qu'au moins certains de ces comités ou le centre de santé pourraient trouver des moyens et la motivation de payer l'agent communautaire une petite rémunération. Les activités génératrices de revenus sont aussi mentionnées dans la section de sustentation de la proposition, mais le lien entre ces activités et les soins primaires soutenus de la santé (PHC) n'est pas clair. Et, en dernier lieu, il est présumé que le profit de la vente de certains articles, les pochettes ORS et les contraceptifs, "serviraient en tant que facteur de motivation financière soutenable pour la continuation des 'efforts' des agents communautaires".

Jusqu'à présent, le projet n'a pas établi de comités de développement. L'idée a été considérée mais il a été décidé d'établir les agents communautaires et de faire une enquête sur la présence de groupements indigènes avant de former les comités. Quoique la plupart des projets forment des comités d'abord, MCHI semble ne pas avoir souffert de l'avoir fait d'une autre manière. Par exemple, malgré le fait que les communautés ne fournissent pas directement leur support aux CA, les agents communautaires entrevus pour l'évaluation, semblent très satisfaits de leur travail et bien soutenus par le projet.

Ceci mène à spéculer que les membres communautaires pourraient être plus inclinés à supporter les CA en servant et à supporter un comité de développement communautaire, maintenant qu'ils ont expérimenté les avantages du travail d'un agent communautaire. Ayant terminé la recherche, le projet planifie former des comités durant la seconde moitié du projet et a désigné deux postes de personnel pour en prendre la responsabilité.

Le projet a pris des mesures pour initier des activités génératrices de revenus. Plutôt que de mettre cet élément en place eux-mêmes, MCHI a toutefois décidé d'identifier un NGO local possédant de l'expérience dans ce domaine et de leur sous-traiter la mise en application de cet élément. À cette fin, une étude du NGO local a été récemment menée, les résultats de laquelle sont en train d'être étudiés. Tandis que cette approche est la manière la plus intelligente de s'occuper de cet élément, le lien entre les objectifs principaux de ce projet et cet élément est, au mieux, vague. De plus, en ajoutant le temps et l'énergie aux activités intensives du foyer et à la formation de comités de développement communautaires, il est douteux que le projet aura le temps nécessaire pour surveiller la mise en pratique de cet élément. Les activités génératrices de revenus nécessitent une expertise spécifique et beaucoup de temps. Il est douteux que le projet bénéficiera de quelques suggestions dans ce domaine, et il est possible que l'énergie dépensée (même sous une sous-traitance) pourrait distraire de d'autres activités qui sont directement liées à atteindre les objectifs.

En ce qui concerne les profits de la vente d'articles, il est trop tôt pour savoir combien de revenus ils produiront. Le projet venait tout juste de fournir une quantité de pochettes ORS à chaque CA (qui étaient renflouées par MOH) et la vente des contraceptifs n'avait pas encore commencé. Si l'expérience de d'autres objets est correcte pour MCHI, il est cependant peu probable que ces ventes produiront suffisamment de revenus pour former une motivation importante auprès des agents communautaires.

La proposition du projet cite l'engagement de la part de MOH vis-à-vis les soins de la santé et le soutien continu des agents communautaires en tant qu'indicateurs positifs de sustentation. Tandis que cet engagement puisse exister de façon théorique, il n'est que peu visible en pratique. Pour vraiment démontrer cet engagement, MOH doit développer des indicateurs de nutrition nationaux et reconnaître l'importance des activités au niveau communautaire en tenant les agents de la santé responsables pour ce faire. En attendant l'engagement national, à Dabola, DPS a déjà pris de mesures pour renforcer son personnel dans les centres de la santé en initiant le recrutement d'un cadre d'agents de la santé qui (dit-il) seront responsables pour les activités au niveau communautaire. Si l'horaire tient, ces agents devraient être en place dans l'intérieur d'une année. Le déploiement de ces agents de la santé est essentiel à la sustentation des activités, puisque la supervision régulière et le soutien ont été prouvés être clé à la prolongation de la performance de qualité. Le placement d'agents de la santé supplémentaires vers la fin de l'année 2000, permet au projet de se concentrer sur la formation de nouveaux agents pour superviser et soutenir les agents communautaires durant la dernière année du projet.

Jusqu'à présent, le projet a été exploité sans un plan détaillé de sustentation. En fait, le plan auquel le personnel du projet et le DPS se réfèrent est la continuation des activités

du projet par DPS et son personnel. Cette notion n'est cependant pas accompagnée de stratégies spécifiques ni de plans détaillés. Un plan de sustentation a besoin d'être développé et exécuté de façon délibérée si les activités et les avantages doivent être continués après le projet.

C. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS LIÉES À LA CAPACITÉ DE CROISSANCE ET SUSTENTATION

Conclusions

1. L'entraînement a été fourni davantage sur la base des objectifs du projet que sur une analyse des besoins de la formation des agents communautaires et des agents de la santé relatif aux normes universelles de performance.
2. L'évaluation de la performance menée par PRISM n'est que très légèrement utile au projet.
3. La capacité du personnel du projet (agents sur place et personnel technique) d'influencer des changements dans la performance de l'agent de la santé (MOH) est très limitée.
4. MCHI n'est pas tenu par USAID de rendre compte de trois de ses indicateurs originaux relatif au renforcement MOH. Présentement, le projet n'a pas d'indicateurs appropriés pour mesurer ses efforts de renforcement MOH.
5. Le progrès vers la réalisation de sustentation ne peut pas être mesuré ou assuré dans l'absence d'un plan détaillé de sustentation. Quoique le plan de sustentation délinéé dans la proposition demande que DPS se charge des responsabilités des activités initiées par le projet, sans une analyse des besoins de la capacité de croissance et un plan pour augmenter la capacité, il n'existe aucune assurance que les travailleurs de la santé auront les capacités et les connaissances requises pour continuer le projet une fois qu'il sera terminé.
6. Jusqu'à ce que MOH démontre un engagement envers la nutrition et les activités communautaires en déterminant des indicateurs pour celles-ci, jusqu'à ce que des agents de la santé soient recrutés, engagés et déployés, la capacité de MOH d'être plus efficacement impliquée dans le soutien des activités communautaires et éventuellement de pouvoir en assumer la responsabilité, sera sérieusement diminuée.
7. La quatrième année du projet se concentrera sur la mise en place d'une stratégie de sortie (par exemple, entraîner du personnel MOH pour soutenir les activités communautaires).
8. Quoique les efforts pour transférer la responsabilité des présentes activités ont une bonne chance de réussir si des agents de la santé sont déployés, le besoin de support supplémentaire de la part d'Africare sera toujours susceptible d'élargir les activités pour inclure la nutrition maternelle et des activités de la santé reproductive supplémentaires.

9. Le délai à former des comités de développement a jusqu'à présent empêché le projet de s'assurer un soutien tangible de la part des agents communautaires dans les communautés.

Recommandations

1. Utiliser les normes de performance pour les agents communautaires pour déterminer les besoins futurs de formation.

2. En coopération avec DPS, développer une stratégie de sustentation détaillée qui inclut les objectifs, les indicateurs et le plan de surveillance et commencer à le mettre sur place dès que possible. Développer un plan de capacité croissance à l'intérieur de ce plan, qui peut aussi être surveillé.

3. Oeuvrer avec DPS à l'intérieur de ce plan, pour définir un rôle plus substantiel pour les agents de la santé et pour augmenter leur compréhension et leur capacité de réaliser le modèle du foyer et la qualité de supervision de CA.

4. Toujours à l'intérieur de la continuation de l'application, USAID devrait exiger une stratégie détaillée de capacité de croissance, un tableau de sustentation et une structure logique.

5. Africare devrait commencer à développer une proposition pour faire un suivi du projet, pas plus tard qu'en mars 2000 et le soumettre à BHR/PVC en décembre 2000.

6. Oeuvrer avec DPS pour ajouter l'évaluation de la qualité des services livrés aux exercices de surveillance semi-annuels. Ceci pourrait être une observation des services livrés usant d'instruments d'observation tels que l'orientation-client, les Services efficaces d'un fournisseur, orientés vers le client (COPE), ou le Soutien de base pour institutionnaliser la survie de l'enfant (BASICS), ou ceux utilisés par le conseil démographique.

7. Revoir et réviser les objectifs du projet et les indicateurs reliés aux efforts de renforcement MOH pour mieux refléter les efforts et les capacités du projet.

8. Lorsque le travail commence avec les comités de développement, le soutien communautaire CA devrait être l'un des premiers sujets de discussion.

VI. SOUTIEN SECHNIQUE ET ADMINISTRATIF

A. TYPES ET SOURCE D'ASSISTANCE EXTERNE TECHNIQUE

Tableau 9 montre les types d'assistance technique que MCHI a reçu, y compris ceux qui prodiguent les soins, l'assistance technique et les dates et les bénéficiaires de cette aide.

Tableau 9: Assistance technique reçue par MCHI

Personne ou institut	Région technique de l'aide	Dates	Avantages
Ms. Waverly Rennie	A facilité la formation de ceux qui entraînent Facilité un entraînement sur la nutrition/communication	juillet 1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encouragement du travail en équipes entre le personnel de MCHI et de DFSI ▪ Personnel a appris des techniques pour faciliter et communiquer de façon plus appropriée et efficace lors de sessions d'entraînement ▪ Amélioré la connaissance du personnel de l'établissement de la santé sur la nutrition
Docteur Hassane Fadiga (DPS) Docteur Djenabou Barry (DPS)	Ont assisté dans la formation d'agents sur place et de personnel MOH et CDD	janvier 1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioré les capacités du personnel MOH relié au CDD ▪ Entraîné des agents sur place MCHI au sein de CDD
Docteur Fode Konate (Institut de nutrition MOH)	A fourni des conseils techniques concernant le modèle du foyer	mars 1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A aidé le projet à identifier des recettes plus simples et moins onéreuses, a favorisé l'approche du foyer auprès des fonctionnaires MOH
Docteur Boubacar Diallo (MOH/NMCP) Docteur Louis Destephen (Hôpital Donka)	Donné de l'assistance en formant du personnel MOH/HC et des agents sur place du projet sur le contrôle du paludisme	juillet 1999	Amélioré les capacités du personnel MOH et du projet relatif au paludisme
Me. Jean Gozaka Kourouma et Mlle. ou Mme. Hadja Binta Barry (AGBEF)	Donné de l'assistance grâce à une formation du personnel MOH et MCHI du projet	septembre 1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioré les capacités du personnel MOH et du projet, sur la santé reproductive et particulièrement sur la planification familiale

Personne ou institut	Région technique de l'aide	Dates	Avantages
----------------------	----------------------------	-------	-----------

Docteur Gretchen Berggren Mlle. ou Mme. Waverly Rennie	Ont aidé à faciliter un atelier et fourni l'assistance technique sur l'approche du foyer MCHI	octobre 1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortement en faveur de l'approche du foyer MCHI aux niveaux national, régional et de la préfecture ▪ Documenté les changements du comportement face à l'alimentation parmi les participantes au foyer et les impressions des maris ▪ Fourni des suggestions sur la manière d'améliorer l'approche ▪ Pré-testé le système vidéo sur l'approche du foyer de MCHI
--	---	--------------	---

B. SOUTIEN TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF REÇU DU SIÈGE CENTRAL

Le support technique et administratif de Africare/siège central a été adéquat, et le projet apparaît n'avoir fait face à aucune contrainte pour recevoir l'aide technique de façon opportune. Le support technique a été fourni par le directeur du programme de la santé Africare par trois visites au projet depuis son commencement. La plus récente visite a été sa participation à l'atelier national sur le modèle du Foyer en octobre 1999. Le directeur régional de Africare en Afrique de l'Ouest a également visité le projet en juillet 1999. Il planifie une autre visite pour bientôt pour aider à orienter le nouveau coordonnateur du projet MCHI. En plus de ces visites du personnel du siège central, le projet se fait guider par le directeur du pays et l'administrateur qui voient le personnel du projet soit à Dabola, soit à Conakry, au moins une fois par mois.

En rétrospective, le projet pourrait avoir bénéficié de recevoir une aide technique pour aider à développer une stratégie IEC et un système HIS/MIS. Ce sont deux sujets très spécialisés où le personnel du projet NGO ont souvent besoin d'assistance. Au point où nous en sommes, il n'est cependant pas clair à savoir qui aurait dû identifier ce besoin ou s'il apparaissait alors ou non comme un besoin.

Le projet pourrait utiliser d'une aide technique pour développer son plan de sustentation ou prolongation et aura peut-être besoin d'aide s'il va de l'avant avec son élément d'engendrer des revenus. Les services d'un expert-conseil extérieur seront engagés pour mener une évaluation finale mais cette personne sera probablement engagée directement par USAID.

C. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

1. L'assistance technique a été fournie de manière opportune et a été considéré comme étant bénéfique.
2. Le projet aurait bénéficié de recevoir une assistance technique dans le développement d'une stratégie IEC et d'un système d'informations sur la santé.

Recommandation

Une assistance technique devrait être fournie pour aider le personnel du projet et de DPS à développer un plan de sustentation ou de prolongation complet.

VII. FRAIS FINANCIERS

Le tableau 10 fait un bref compte rendu de la situation budgétaire du projet au moment de l'évaluation mi-terme.

Tableau 10: Sommaire budgétaire de MCHI

Sujet	Montant en dollars
Budget du projet approuvé	2 358 370
Frais estimés jusqu'à juillet 1999	942 035
Frais estimés, août et septembre 1999	108 179
Solde en date du 1 octobre 1999	1 308 156
Frais proposés pour l'année fiscale (FY) 2000 (01)	1 308 156
Solde anticipé	0

Africare/Guinée maintient des sommaires et des analyses de budget complets et compréhensibles, qui sont accompagnés de commentaires budgétaires détaillés. Des ajustements du budget sont signalés à USAID/Guinée à chaque année dans le rapport annuel. À un taux d'une moyenne de dépenses mensuelles d'entre 45 000 \$ et 65 000 \$, le projet peut s'attendre à dépenser la somme qui reste de 1,3 million \$ de son budget.

VIII. RÉALISATIONS ET CONTRAINTES

A. UNIFORMITÉ DE L'EXÉCUTION AVEC APPLICATION CONTINUE

On présume que la continuation de l'application est similaire à un plan de mise en place détaillé, similaire à ceux préparés par BHR/PVC (bénéficiaires de fonds pour la survie de l'enfant). Cette continuation de l'application, n'est cependant pas similaire au plan de mise en place détaillé. Elle est plus semblable à un rapport annuel et ne déclenche pas un plan narratif pour la mise en place du projet. Il est donc impossible d'évaluer l'étendue avec laquelle le projet demeure uniforme avec la continuation de l'application, sauf, peut-être pour comparer le plan de travail de la seconde année avec ce qui a actuellement pris place. Ce qui a été fourni dans le rapport annuel de MCHI à USAID et apparaît ici dans l'annexe G.

Ni la proposition ni la continuation de l'application ne mentionnent le foyer nutritionnel en tant que stratégie pour adresser la sous-alimentation. Cette activité a été ajoutée à la fin de l'année fiscale 1997, et la première activité du foyer a été menée le premier trimestre de l'année fiscale 1998 (décembre 1998). Vu que le projet n'avait pas d'indicateur sur la sous-alimentation, il n'a pas identifié une stratégie spécifique pour s'y attaquer. Le coordonnateur du projet a adopté cette approche avec l'aide d'un assistant-technique qui avait eu de l'expérience avec le modèle du foyer au préalable. Il est assez intéressant de noter que cette stratégie pourra prouver être la contribution la plus importante pour améliorer la santé des enfants de la Guinée.

Le personnel du projet ne s'attendait pas à devenir un participant dans les efforts d'imprégnation et de distribution-moustiquaire. Cependant, lorsque le coordonnateur du projet a rencontré l'équipe du Programme national de contrôle du paludisme (PLNP) concernant un entraînement, Africare a été reconnu comme un collaborateur bienvenu et PLNP, avec l'aide du projet, a décidé de former une unité en vue d'efforts d'imprégnation et de distribution-moustiquaire à Dabola. Grâce à cette participation, le projet aidera peut-être la communauté en développement à répondre à certaines questions concernant la mise en place de moustiquaires imprégnées comme stratégie pour combattre le paludisme. Dans le secteur de la gestion des cas de paludisme, l'intervention courante du projet est limitée aux références, parce que, à l'inverse de ses voisins, MOH de Guinée n'a pas encore autorisé le traitement du paludisme par ses travailleurs de la santé communautaires. Vu l'avantage relatif de Africare en tant qu'innovateur, la fréquence du paludisme, et les difficultés associées aux renvois, le ministère pourrait peut-être considérer de piloter une gestion des cas du paludisme à base communautaire par le biais de MCHI.

Tableau 11 montre la portée de la réalisation des indicateurs de résultats du projet, la base sur laquelle se fonde le jugement de performance de USAID (en plus du plan de travail). Sans le bénéfice d'une structure logique, il est difficile de dire si ceux-ci sont les indicateurs de résultats les plus convenables. Ce qui est certain, c'est que les moyens de

vérification (post-test de formation) de certains des indicateurs n'est pas particulièrement valide, puisque la connaissance immédiatement après la session d'entraînement est nécessairement plus élevée. Un indicateur qui serait plus révélateur serait lié à la pratique et pourrait être évalué par les agents sur place pendant les visites de superviseurs.

Tableau 11: Sommaire de la réalisation des indicateurs de résultats du projet

Élément	Activité	Réalisation attendue pour la 2 ^{ème} année	Réalisation actuellement atteinte pour la 2 ^{ème} année	Commentaires
Nutrition	1. Nombre de foyers créés	80	20	
	2. Pourcentage de travailleurs communautaires de la santé qui savent comment peser exactement et interpréter le poids au tableau communautaire	90%	81%	Réalisation évaluée au moment du post-test
	3 Pourcentage des agents communautaires qui comprennent le principe de fréquence, de convenance, de densité et d'utilisation (FADU))	90%	76%	Réalisation évaluée au moment du post-test
	4 Nombre d'agents communautaires de la santé entraînés en nutrition	47	48	Serait plus significatif si cet indicateur reliait le résultat particulier sur un post-test après la formation

Contrôle de la maladie de la diarrhée	5. Pourcentage du personnel du centre de la santé correctement capable de citer la gestion convenable d'un cas de diarrhée	70%	86%	Réalisation évaluée au moment du post-test
46				

VIII. RÉALISATIONS ET CONTRAINTES

Élément	Activité	Réalisation attendue pour la 2 ^{ème} année	Réalisation actuellement atteinte pour la 2 ^{ème} année	Commentaires
	6. Pourcentage des agents communautaires qui citent que l'allaitement/l'alimentation continu(e)/fréquent(e) est un message important à donner aux mères dont les enfants ont la diarrhée	90%	À être déterminé	
Paludisme	7. Nombre de moustiquaires-lits traités aux insecticides vendus	À être déterminé	À être déterminé	
	8. Nombre de groupes de femmes qui encouragent et distribuent les moustiquaires-lits imprégnés	3	1	
	9. Nombre d'agents communautaires qui ont reçu un entraînement sur le contrôle du paludisme	47	48	
Santé reproductive	10 Pourcentage des agents communautaires qui connaissent les avantages de la planification familiale en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant	80%	À être déterminé	Le projet attend que PRISM termine son curriculum de formation sur la santé reproductive avant d'entraîner les CA
	11 Nombre de nouvelles personnes ayant accepté la contraception moderne	328	À être déterminé	Élément n'a pas encore commencé
	12. Couple d'années de protection	À être déterminé	À être déterminé	Distribution de contraception commencera après que les CA auront reçu une formation
	13. Pourcentage de districts couverts par les agents communautaires formés par le projet	70%	40%	Le projet s'attend à une couverture de 60 % sur Dabola d'ici la fin du projet.

Expansion et Renforcement MOH	14. Nombre de nouveaux postes de santé construits	1	0	Construction en cours
	15. Nombre de postes de la santé rénovés	1	0	Rénovations en cours

Élément	Activité	Réalisation attendue pour la 2 ^{ième} année	Réalisation actuellement atteinte pour la 2 ^{ième} année	Commentaires
	16. Pourcentage des centres de la santé qui fonctionnent des chaînes d'entreposage frigorifiques			Indicateur éliminé parce que les données de base indiquaient que les chaînes d'entreposage frigorifiques avaient déjà été fournies et qu'elles fonctionnaient bien.

B. ADHÉRENCE AU PROGRAMME DU PROJET

Comme l'indique le plan montré dans l'annexe G, il existe peu d'activités qui n'aient pas été effectuées quand elles avaient originalement été cédulées. Celles-ci incluent l'organisation de comités de développement communautaires, la construction/rénovation de postes de la santé, la fourniture de chaînes d'entreposage frigorifiques, et la mise en place d'activités génératrices de revenus. Comme il l'a été précédemment mentionné, le projet a délibérément retardé la création de comités de villages sur le foyer, jusqu'à ce qu'il puisse mieux déterminer l'existence de comités similaires déjà existants dans les régions visées. Quoique jugés essentiels pour le soutien continu de l'agent communautaire, le délai à créer ces comités semble ne pas avoir gêné le projet jusqu'à présent.

La construction de postes de la santé, qui était supposée commencer en décembre 1998, a été retardée d'environ 10 mois pendant que l'endroit exact était négocié, la participation communautaire engendrée, et les légalités de la construction rencontrées. L'étude des données de base menée par les centres de la santé ont révélé que les chaînes d'entreposage frigorifiques étaient disponibles et fonctionnelles, de sorte que cette activité a été éliminée du plan du projet. La mise en place d'activités génératrices de revenus a été retardée pour plusieurs raisons: le personnel du projet était très occupé par les activités du foyer et l'atelier national tenu en octobre, le personnel du projet voulait étudier les partenaires potentiels et leurs activités habituelles avant de procéder, et il manquait de personnel pour s'occuper de tout et des aspects du comité de développement communautaire du projet (il a été décidé d'attendre jusqu'à ce que la personne soit engagée avant de procéder plus loin). Les périodes de formation ont aussi été remises pour accommoder le nombre de tâches.

Le projet a aussi fait partie d'activités qui n'étaient pas originalement programmées, mais qui ont augmenté le projet et sa contribution aux soins principaux de la santé à Dabola. Ceux-ci comprennent les activités du foyer et l'atelier national du foyer, l'aide des travailleurs sur place les jours de vaccinations nationaux, la participation du groupe de travail régional IEC, et la participation aux activités de surveillance bi-annuelles MOH.

C. RÉUSSITES OU RÉALISATIONS PRINCIPALES

S'attaquer à la sous-alimentation - au modèle du foyer

Travail innovatif: Tirant parti de ses avantages relatifs en tant que NGO, MCHI/Africare a entrepris le travail innovatif du modèle-foyer, une approche qui s'attaque à la sous-alimentation au niveau communautaire. Par cette méthode, 84 pour cent des 140 enfants étaient présents au second poste (la pesée du foyer avait été réhabilitée et les mères avaient commencé à adopter des comportements nutritifs qui devraient empêcher la sous-alimentation de réapparaître.).

En défense: Dû à l'organisation par Africare d'un colloque national sur le modèle du foyer, plusieurs autres NGO et ministères s'intéressent maintenant à la méthode et elle est rapidement devenue une approche modèle pour la récupération des sous-alimentés parmi d'autres NGO, comme par exemple le plan/Guinée, l'Agence internationale de développement adventiste et de secours (ADRA), et Action contre la faim.

Application nationale: D'autant plus que le modèle du foyer pourrait potentiellement devenir le moyen de MOH de réduire le taux national de sous-alimentation. Dans la quatrième année duprojet, Africare oeuvrera avec DPS à Dabola pour déterminer comment le modèle du foyer peut être adapté pour que DPS puisse le mettre en place en tant que partie intégrante de sa propre stratégie basée sur la communauté.

Accès augmenté

- Le projet MCHI a augmenté l'accès aux services PHC comme suit:
- En favorisant les efforts de collaboration entre les agents communautaires et les travailleurs de la santé MOH de façon à ce que plus de gens participent aux activités de la santé au niveau communautaire, menées par le personnel du centre de la santé, comme par exemple, les jours de vaccination;
- En formant 48 agents communautaires sur la nutrition, le contrôle du paludisme et sa prévention, le contrôle de la maladie de la diarrhée, la santé reproductive et les capacités IEC;
- En construisant et en rénovant des postes de santé.
- En équipant les agents MOH de motocyclettes.
- En supportant et en supervisant les agents communautaires.
- En développant un système référentiel.
- En améliorant le système d'évacuation d'urgence des postes de santé vers les hôpitaux grâce à l'apport des radios aux postes de santé.
- En oeuvrant conjointement avec UNICEF pour développer un système d'évacuation d'urgence au niveau communautaire.

Intégration et coordination

- MCHI/Africare entretient des liens de travail étroits auprès de DPS et auprès d'autres organismes oeuvrant dans le secteur et coordonne effectivement son travail avec ces groupes. Voici quelques exemples:
- MCHI oeuvre conjointement avec UNICEF/projet de Maternité sans risque, en vue de développer une stratégie d'évacuation d'urgence complémentaire au projet d'apport de radios aux centres de santé;
- MCHI oeuvre avec PRISM et 13 autres organisations pour normaliser et partager les mêmes approches que IEC dans la région;
- MCHI oeuvre avec PRISM, AGBEF et PNLP pour normaliser la formation des agents de la santé;
- MCHI fournit des informations au coordinateur de stratégies basées sur la communauté avec PRISM pour normaliser la collecte de données au niveau communautaire et les instruments de supervision;
- MCHI sert de ressource aux autres NGO intéressés à initier un modèle du foyer.

Qualité augmentée

MCHI/Africare a augmenté la capacité des agents communautaires de fournir des soins de qualité pour soutenir la santé de la mère et de l'enfant grâce à l'entraînement et au soutien; l'organisation a développé des instruments de surveillance pour vérifier les entrées et les aboutissements et est partisane d'un meilleur soutien et de la reconnaissance des activités sur la santé au niveau communautaire.

D. OBSTACLES AU PROGRÈS DU PROJET ET SURMONTER LES CONTRAINTES

Le manque de personnel dans les centres de la santé

Présentement, tous les centres de la santé manquent de personnel. La personne la plus souvent responsable des activités communautaires est aussi en charge du programme de vaccination et cette personne se voit particulièrement occupée. Les agents de la santé ont très peu de temps à dédier à supporter les agents communautaires, comme de fournir une supervision et un entraînement formel et pratique.

Pour vaincre ce problème, les travailleurs sur place visitent les centres de la santé plusieurs fois par mois, en moyenne, et ont développé d'autres mécanismes pour garder les agents de la santé renseignés sur les activités communautaires. Le projet a aussi fourni six motocyclettes aux centres de la santé pour faciliter la locomotion. Sur une longue échelle, le problème sera résolu quand davantage de personnel aura été recruté (un

procédé que DPS a déjà commencé) et aura assigné la responsabilité des activités communautaires.

Petites motivations MOH de soutenir les activités communautaires

Non seulement le personnel est-il limité, mais MOH ne fournit aucun encouragement aux agents de la santé pour soutenir les activités communautaires. Aucune donnée, aucune information ne sont recueillies liées au travail des agents communautaires. Il en résulte que les agents de la santé comprennent que MOH/DPS ne sont pas particulièrement intéressés à ces activités.

UNICEF continue de soutenir ses efforts partisans concernant l'unité de nutrition MOH, pour inclure des indicateurs de nutrition parmi les autres utilisés par le ministère de la Santé et du progrès est apparemment en voie d'être fait. Jusque là, et pour mettre plus d'emphasis sur les activités communautaires, le DPS de Dabola devrait demander à tous les chefs des centres de la santé de recueillir et de rapporter les activités communautaires durant les rencontres de surveillance bi-annuelles.

Réussites ou réalisations principales

Tandis que le rapport du conseil sur la population de PRISM indiquait clairement le manque de qualité dans les soins dispensés par les centres de la santé, vu la situation-donnée du personnel, le projet n'a pas de mécanisme, à part la formation, par lequel il peut directement affecter la qualité de services rendus au niveau du centre de la santé.

Vu que PRISM et GTZ se concentrent à améliorer la qualité des services rendus, et vu le personnel du projet déjà surchargé par les tâches, MCHI a placé moins d'importance sur l'amélioration de la qualité des soins fournis par le personnel du centre de la santé que ceux au niveau communautaire, là où l'avantage relatif d'Africare réside. Pendant la seconde moitié du projet, MCHI serait bien de laisser la majorité de cette responsabilité à PRISM et à GTZ. Si DPS devait mettre l'approche COPE en place (une auto-évaluation de la qualité des soins), ce qui semble apparent, les médecins employés par le projet pourraient être utiles pour apporter leurs services de formation des chefs de centres de la santé dans l'exécution de cette approche.

Population largement dispersée

La population de Dabola est largement dispersée et ne vit pas dans des centres où la population y est concentrée (villages) comme dans presque tout le reste de l'Afrique de l'Ouest. Cela signifie qu'un agent communautaire a à voyager dans plusieurs différents endroits, qui peuvent être à des kilomètres de distance chacun, pour rejoindre ses groupes visés. Par exemple, pour peser tous les enfants de moins de 3 ans dans sa région cible, chaque agent communautaire doit prendre jusqu'à cinq matins per mois. Il peut bien n'y avoir que 15 ou 20 enfants par communauté. Cela prend beaucoup de temps. Cette dispersion rend aussi difficile pour l'agent communautaire de fournir d'autres services, comme les pochettes ORS et l'éducation sur la santé en temps opportun. Le modèle de foyer est aussi touché par ce phénomène, rendant nécessaire l'identification d'une

maman-lumière qui vit à plus ou moins égale distance (et pas plus que 2 ou 3 km.) des participants. Ceci est un obstacle logistique majeur.

Pour surmonter cette situation, le projet a fourni des bicyclettes à chaque agent communautaire et a tenté de définir des régions visés, prenant le terrain, l'endroit où est située la population et d'autres facteurs en considération. Le projet reconnaît aussi le surmenage que la situation impose aux agents communautaires et leur fournit un soutien important et beaucoup d'encouragement.

E. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

La continuation de l'application n'est pas un substitut pour un plan détaillé de mise en place et n'est pas utile à déterminer l'uniformité de la mise en place du projet.

2. Le rapport annuel de la seconde année contient beaucoup d'informations qui doivent être rapportées dans l'évaluation mi-terme.

3. Dans l'ensemble, le projet est mis en pratique selon le programme établi. La création des comités communautaires et la mise en pratique des activités génératrices de revenus sont les deux éléments qui sont fort en retard. Peut-être n'y aura-t-il pas assez de temps pour exécuter cet élément d'activités génératrices de revenus de façon satisfaisante.

4. La plus importante réalisation du projet est le test pilote du modèle du foyer qui est un succès.

5. La contrainte la plus grave du projet est la reconnaissance officielle limitée de MOH vis-à-vis l'importance des activités à base communautaire.

Recommandations

1. Le personnel du projet a besoin de développer une structure logique pour le projet, d'identifier les indicateurs d'aboutissements, et de les utiliser pour surveiller et rapporter la performance du projet.

2. USAID devrait demander à ses bénéficiaires de développer un plan de mise en pratique détaillé une fois que les données de base auront été recueillies. Dans l'alternative, le format de la continuation de l'application pourrait être changé pour avoir moins l'air d'un rapport annuel et ressembler davantage à un plan de mise en pratique détaillé.

3. Durant les années où une évaluation du projet est faite, USAID ne devrait pas demander que au projet qu'il écrive un rapport annuel.

4. Le personnel du projet devrait continuer à mettre le modèle du foyer en pratique, en cherchant toujours des moyens d'incorporer plus efficacement et de façon plus

éloquentes les agents de la santé à l'intérieur du programme. Le personnel devrait aussi continuer de partager les leçons tirées avec les partenaires et d'autres NGO qui essaient la même approche.

5. Le personnel du projet devrait demander à DPS de demander à ses chefs de centres de la santé de recueillir et de rapporter les activités communautaires qui ont lieu dans leurs sous-préfectures.

IX. SUJETS IDENTIFIÉS PAR L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION, NGO OU USAID

A. FRAIS DU PROJET

USAID a soulevé la question à savoir si le projet pouvait dépenser tout son argent. Comme nous l'avons précédemment discuté en chapitre VII, au rythme de ses dépenses actuelles de 45 000 à 65 000 \$ par mois, le projet dépensera définitivement toute sa subvention.

B. COORDINATION/COLLABORATION ENTRE LES PROJETS DFSI ET MCHI EN CE QUI CONCERNE LA STRATÉGIE DU COMITÉ SUR LA SANTÉ DU VILLAGE

USAID est soucieuse du fait que MCHI aura de la difficulté à fusionner l'approche Dabola (initialement aucun comités communautaires) avec celle de la DFSI/Dinguiraye, où le projet a commencé à créer des comités. Du fait que MCHI/Dabola a maintenant pris la décision de former des comités de développement, il n'existerait aucun problème. En fait, MCHI pourrait bénéficier des leçons apprises dans le projet DFSI en ce qui concerne la formation de comités et l'usage de ces leçons pour améliorer l'approche et augmenter le soutien pour l'agent communautaire.

C. SUPPORT BUDGÉTAIRE RÉDUIT

Africare est soucieuse du fait qu'il pourrait y avoir un manque budgétaire. L'équipe d'évaluation a discuté ce sujet avec le personnel du projet et a suggéré les suggestions suivantes relatives à la façon dont une réduction du soutien budgétaire pourrait être résolue:

Ne pas former une troisième cohue d'agents communautaires à Dabola; se concentrer sur les activités courantes;

Ne pas mettre l'élément de lit-moustiquaire imprégné en place et ne pas importer de moustiquaires;

Et, ne pas mettre en place l'élément des activités génératrices de revenus.

Aucun de ces scénarios n'est vraiment efficace sans connaître exactement le montant de la somme que USAID devrait retenir du projet. Puisque les frais sont intégrés dans les lignes relatives aux sujets, Africare aurait à faire une analyse précise pour déterminer l'effet financier qui résulterait de chaque scénario.

D. LE RÔLE DE LA DEMANDE POUR CONTINUATION

Le format de la demande pour continuation est introduit dans l'accord de financement d'Africare (page 8–9), où c'est stipulé que les changements au plan original doivent être présentés dans la demande pour continuation du projet. Cependant, il est difficile de préciser le rôle de la demande pour continuation du fait que ceci est un concept plutôt récent.

Dans l'étendue du travail, l'expression "demande pour continuation" est employée indistinctement que s'il s'agissait du plan original détaillé de mise en place. Or, le plan original est un document nécessaire dans le financement des projets de survie de l'enfance du BHR/PVC, qui décrit le projet en grand détail et qui, une fois approuvé, remplace la proposition. Par contre, la demande pour continuation ne précise pas au même degré de détail, ni les descriptions d'activités, ni la justification des changements au plan original de mise en place. Par conséquent, ce document est moins pratique dans l'évaluation des telles questions comme les indicateurs d'aboutissement, la sustentation du projet et l'uniformité de l'approche.

La question principale c'est qu'il n'existe pas de document qui décrive et justifie clairement l'actuelle approche du projet et des activités telles que l'empregnation des moustiquaires avec d'insecticide, ou du projet Foyer (Hearth). La manque de ce document est un grand obstacle pour la mise en place et la durabilité du projet.

ANNEXES

A. Étendue du travail.....	61
B: Questionnaires et guides de discussions.....	65
C: Sommaire des évaluations du travail accompli	85
D: Indicateurs du projet.....	89
E: Formulaire de supervision.....	95
F: Messages IEC promus par MCHI (traduits du français).....	99
G: Horaire cible (2ième année): octobre 1998 à septembre 1999.....	103
H: Références	107
I: Évaluation des Personnel pour le Projet.....	109

ANNEXE A
ÉTENDUE DU TRAVAIL

A . LA QUALITÉ DE LA PROGRAMMATION

Décrit la relation du projet à d'autres activités reliées à la santé dans la région du projet (y compris celles-ci et celles de d'autres PVO et NGO, et de dispensateurs des soins privés et traditionnels, de gouvernements et de donateurs). Discute du rôle du projet en relation aux établissements sur la santé de la région et les sites de soins où l'on réfère, et les liens entre ces établissements et les communautés que le projet sert. Discute brièvement toute reproduction d'efforts ou de services.

Fait des commentaires sur le niveau d'accès des mères et des enfants aux établissements de la santé associés avec le projet, et aux autres dispensateurs de soins sur la survie de l'enfant reliés au projet et incluant les agents communautaires identifiés et formés par le projet.

Fait une liste (un tableau, si désiré) des titres et des nombres dans toutes les catégories de personnel et du personnel avec qui le projet oeuvre (bénévoles et rémunérés, incluant le personnel gouvernemental et le personnel NGO), identifie l'organisation pour laquelle elles et ils travaillent, et note leurs principaux rôles par rapport au projet de la survie de l'enfant.

Fait une liste de la fréquence des contacts pour soutenir et superviser dans toutes les catégories des travailleurs de la santé associés au projet et des établissements qui fournissent des services pour la survie de l'enfant, et les rapports entre les superviseurs et ceux et celles qui sont supervisé(e)s.

Fait des observations à savoir si le nombre, les rôles, et les tâches du personnel et la fréquence de supervision sont adéquates et si les besoins techniques et de gestion sont satisfaits.

B. QUALITÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Est-ce que le projet a défini des messages pour chaque intervention MCHI qui sont culturellement correctes? Est-ce que ces messages sont techniquement à jour? Quand et comment est-ce que ces messages sont-ils communiqués à la communauté? Est-ce que des messages essentiels ont été omis?

Comment le projet a-t-il évalué la compréhension des messages ou les niveaux de connaissance ou de pratique, quels ont été les constatations de ces évaluations et comment le projet a-t-il utilisé ces informations?!

Discuter vos conclusions concernant l'efficacité du projet à rejoindre la population d'un site (sur le plan de la situation géographique, de l'âge, du genre, et de l'état de risque) par le biais de la communication et de d'autres services de la survie de

l'enfant. Si certains groupes ne sont probablement pas rejoints, veuillez discuter pourquoi c'est le cas.

C. QUALITÉ DES SERVICES DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ ET DES

Etablissements

Faites une liste des outils utilisés par le projet pour promouvoir la qualité des services (comme par exemple: ce qui guide les lignes de conduite, les curricula de formation et les guides d'instruction, les protocoles, l'algorithme, les normes de performance, les listes de vérification des superviseurs, etc.) et décrivez brièvement comment ces outils sont utilisés pour assurer la qualité ou évaluer la performance.

Discutez l'étendue avec laquelle le projet a identifié les matériaux et les fournitures essentiels pour chaque type de travailleur de la santé, y compris pour les agents communautaires de la santé (AC) [en français] identifiés et formés par le projet et l'établissement, comment le projet a efficacement surveillé les niveaux de fournitures depuis le début des interventions des activités et les gestes posés par le projet pour corriger toute insuffisance.

Déterminez la connaissance, les capacités, la pratique, et les fournitures des travailleurs de la santé et des AC et des établissements associés au projet.

Discutez vos conclusions concernant l'efficacité, par rapport au projet, de l'entraînement, du soutien, de la surveillance, et de la supervision, à promouvoir la qualité des services livrés par chaque type de travailleur de la santé et des établissements associés au projet.

Décrivez l'étendue avec laquelle le projet utilise et soutien le système gouvernemental et informatique qui ont été mis sur place, et s'ils ont été mis sur place, combien des données recueillies font-elles partie d'un système de collecte de données autre que celui-là, l'étendue aussi avec laquelle un groupe spécifique de la santé, et indépendant, est utilisé pour faire la gestion et la surveillance du projet.

D. CAPACITÉ DE CROISSANCE ET DE SUSTENTATION

Décrivez les plans du projet et le progrès atteint en augmentant la capacité des organismes-partenaires et en favorisant la sustentation des activités de la survie de l'enfant, et, s'il y a lieu, les avantages.

E. SOUTIEN TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF

Quels sont les types et les sources d'aide extérieure technique reçus par le projet jusqu'à ce jour, et jusqu'à quel point cette assistance a-t-elle été bénéfique et opportune?

Discutez du soutien technique et administratif des bureaux régional PVO et central connexe aux besoins du personnel sur place, et toute contrainte à laquelle le projet fait face en obtenant ce soutien.

F. FRAIS FINANCIERS

Déterminez les dépenses budgétaire courantes des activités et les fonds requis par le projet pour rester en vie.

G. RÉALISATIONS ET CONTRAINTES

Veillez fournir une discussion complète sur l'étendue avec laquelle la mise en place de l'intervention dans la survie de l'enfant est compatible avec la continuation de l'application annuelle (98), et si tous les éléments essentiels de chaque intervention est satisfaite par le projet et ses partenaires.

Discutez brièvement de l'étendue avec laquelle l'implémentation du projet est mis en place selon le programme établi, comme planifié dans la continuation de l'application annuelle (98).

Décrivez brièvement la réussite la plus importante du projet à ce jour. Quels facteurs ont le plus contribué à la réalisation du progrès?

Quels facteurs ont retardé le progrès, et quels gestes sont posés par le projet pour surmonter ces contraintes?

H. SUJETS IDENTIFIÉS PAR L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION, DU PROJET OU DE PVO

Est-ce que l'équipe d'évaluation, le personnel du projet, ou le siège social de PVO ont identifié quelque autre question à examiner d'ici la fin de l'évaluation mi-terme? Si oui, veuillez discuter ces sujets.

ANNEXE B
QUESTIONNAIRES ET GUIDES DE DISCUSSIONS

Questionnaire pour les agents communautaires

Général

1. Quels sont les objectifs du projet MCHI (en français dans le texte: ISMI Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant)?
 - a) Améliorer l'état alimentaire (allaitement immédiat et exclusif, FADU)
 - b) Aider les mères à gérer les cas de paludisme
 - c) Réduire les cas de diarrhée
 - d) Promouvoir l'utilisation de la SRO
 - e) Autres _____
2. Quelles sont les activités que vous effectuez au sein du projet MCHI (ISMI)?
3. Oh! C'est beaucoup d'activités. Que fait votre communauté pour vous aider dans vos activités quotidiennes?
4. Quels sont les comportements sanitaires que vous cherchez à changer chez les femmes?
5. Quelles sont les étapes à suivre durant la pesée?
 - a) Correct et complet: bon accueil; faire déshabiller l'enfant; vérifier si la balance est tarée; procéder à la pesée de l'enfant; communiquer le poids de l'enfant à la maman; porter l'interprétation sur le tableau communautaire; donner des informations en retour à la mère par rapport au cheminement de croissance; donner des conseils à la mère; pour certains cas, référer l'enfant au CS/PS; donner la date du prochain rendez-vous.
 - b) Incomplet
6. Pendant la pesée, à qui donnez-vous des conseils?
7. Est-ce que vous pouvez nous montrer vos outils de gestion et votre matériel IEC?
 - a) Registre
 - b) Cahier de rapport mensuel
 - c) Cahier de référence
 - d) Fiches de croissance
 - e) Affiche vitamine A
 - f) Affiche sur l'allaitement
 - g) Boîte à images LMD
8. Combien d'enfants de moins de 3 ans avez-vous enregistré(e)s dans ce village?

9. Parmi ces enfants, combien ont été pesés au mois d'octobre?
10. Combien de ces enfants étaient bien nourri(e)s? _____
11. À quoi sert le registre?

- a) À connaître le nombre d'enfants à peser
 - b) À suivre la croissance de chaque enfant
 - c) À suivre les enfants de foyer
 - d) À suivre les cas référés
 - e) À identifier les cas de décès
12. Quels sont les messages du projet destinés aux femmes enceintes?
- a) Allaitement immédiat
 - b) Allaitement exclusif
 - c) Mesures prophylaxiques contre le paludisme
 - d) Assister dans les consultations CPN
 - e) Autres
13. Comment arrivez-vous à atteindre les femmes enceintes avec vos messages?
14. Avez-vous entendu parler du foyer?
Oui Non Si oui, à quoi sert le foyer?
15. Quel est votre rôle dans le foyer?
16. Vous pensez-vous de gérer seul(e) un foyer?
Oui Non Si oui, quelles sont les étapes à suivre?
- a) Pendant la pesée, identifier les enfants malnutris.
 - b) Identifier les mamans-lumière et les mamans participantes
 - c) Identification des recettes
 - d) Etude sur la marche
 - e) Négocier avec la maman-lumière et les participant(e)s
 - f) Formation ML
 - g) Réalisation du foyer pendant 12 jours
 - h) Suivi post foyer
17. Avez-vous des sachets SRO disponibles?
Oui Non
18. À partir d'où vous approvisionnez-vous en SRO?
19. Pendant les derniers six mois, y a-t-il eu une rupture de stock en SRO?
Oui Non
20. Combien de temps a duré l'insuffisance en SRO?
21. Combien de SRO avez-vous vendus pendant le mois d'octobre?
22. À quel prix les avez-vous vendus?

Supervision

23. Qui est votre superviseur?
24. Avec quelle fréquence votre superviseur vous rend-il des visites de supervision?
- a) À tous les mois
 - b) Une fois par 3 mois
 - c) Une fois à tous les 6 mois
 - d) _____
25. Quand est-ce que votre superviseur vous a-t-il rendu une visite de supervision pour la dernière fois?
26. Qu'est-ce qui se passe pendant sa visite?
27. Avez-vous reçu des renseignements de retour (feedback) pendant ou après sa visite?
- Oui Non Si oui, sur quoi?

Agents communautaires

Questionnaire de connaissances

La nutrition

1. Pourquoi pesez-vous les enfants?
- a) Pour connaître l'état de croissance de l'enfant
 - b) Pour détecter les cas de malnutrition
 - c) Pour donner des conseils aux mères
 - d) Autres
 - e) Ne sait pas
2. Comment faites-vous la différence entre un enfant mal nourri et celui bien nourri?
- a) Par la pesée (son poids)
 - b) Autre
 - c) Ne sait pas
3. Quelle est l'importance du premier lait (colostrum) de la mère pour l'enfant?
- a) Il renforce l'immunité de l'enfant, le protège contre les maladies
 - b) Il développe l'intelligence de l'enfant
 - c) Il crée l'affection entre la mère et l'enfant
 - d) Il favorise la délivrance rapide du placenta

- e) Il favorise la sécrétion du lait
 - f) Autre
 - g) Ne sait pas
4. À quel âge faut-il donner au bébé une autre alimentation en plus du lait maternel?
- a) Correct = 6 mois
 - b) Incorrect
5. Quels sont les étapes à suivre pour assurer une bonne alimentation à l'enfant?
- a) Correct/complet = allaitement immédiat et exclusif, introduction des autres aliments vers les 6 mois; FADU
 - b) Incorrect/incomplet

Le Paludisme

6. Quels sont les signes du paludisme face auxquels la référence devient urgente?
- a) Correct et complet = Corps trop chaud; secousses violentes de tout le corps; perte de connaissance; urine chocolatée (coka)
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas
7. Que doit faire un agent communautaire face à un enfant atteint du paludisme?
- a) Correct = envelopper l'enfant, référer l'enfant au centre de la santé ou au poste de la santé
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas
8. Chez qui est-ce que le paludisme est le plus dangereux?
- a) Correct/complet = Chez les enfants de 0 à 5 ans, les vieilles personnes, les femmes enceintes
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas
9. Quelles sont les mesures qui protègent contre le paludisme?
- a) Correct/complet = Dormir sous une moustiquaire, assainir l'entourage, donner de la chloroquine aux femmes enceintes à chaque mois
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas

Contrôle des maladies de la diarrhée

10. Quelles mesures peuvent protéger quelqu'un contre la diarrhée?
- a) Vaccination contre la rougeole, utilisation de latrines, bonne préparation et bonne conservation des aliments, allaitement immédiat et exclusif (0 à 6 mois)
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas

11. Que doit faire une mère pour soigner un fant avec la diarrhée?
- a) Continuer de l'allaiter, continuer à lui donner à manger plus que d'habitude, lui donner à boire plus que d'habitude, préparer et administrer le SRO.
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas
12. Quelles sont les qualités d'un bon message?
- a) Correct/incomplet = Simple, clair, précis, faisable
 - b) Incorrect/incomplet
 - c) Ne sait pas
13. Quelles sont les qualités d'un bon communicateur?
- a) Être patient
 - b) Donne le pouvoir (la parole) à tout le monde
 - c) Être respectueux des coutumes du milieu
 - d) Autre
14. Quels sont les obstacles liés à la bonne communication? (au moins 4 réponses)
- a) Des mots trop difficiles/complicés
 - b) Le ton non-respectueux
 - c) La langue n'est pas du milieu
 - d) L'émotion – manque de confiance en soi pour parler en public
 - e) Le niveau d'instruction – utilise des images pour passer les messages
 - f) Culture de l'auditoire – prend en compte les réalités socio-culturelles
 - g) différence de sexe – ne mélange pas les sexes
 - h) Les coutumes du milieu – ne critique jamais les coutumes
 - i) L'attitude – AC [en français; en anglais CA] doit avoir une attitude de respect et respectable
 - j) Le temps, le climat

Nom de l'enquêteur _____ Lieu _____

Questionnaire pour les mères

Introduction

Nous sommes ici pour discuter avec vous au sujet des activités sanitaires

Questions d'ordre général

1. Quelles sont les activités sanitaires qui sont menées ici?
2. Avez-vous un agent communautaire ici?
Oui Non
3. Si oui, quelles sont ses activités?
4. Que pensez-vous de son travail?
5. Que fait la communauté pour aider l'AC dans ses activités quotidiennes?
6. Participez-vous à la pesée?
Oui Non Si oui, pourquoi? (À quoi sert la pesée?)
7. Quel est l'avis de votre mari par rapport à la pesée?
8. Jusqu'à quel âge l'enfant doit-il être pesé?
 - a) 3 ans
 - b) Autre
 - c) Ne sait pas
9. (Demandez à la mère de vous montrer la carte de croissance de son enfant.) Pouvez-vous m'expliquer ce qui se trouve sur la carte (son sens)?
 - a) Identifie la courbe du poids
 - b) Donne l'interprétation des couleurs
 - c) Type de courbe
 - d) Qu'est-ce que la courbe nous dit sur l'état de votre enfant?
Le poids de l'enfant, bon ou non
 - e) Si le poids a augmenté ou diminué depuis la dernière fois
 - f) Ne sait pas
10. Avez-vous participé aux autres activités menées par l'AC?
Oui Non Si oui, auxquelles?

- a) ?
- b) Causeries en groupe
- c) Stratégie avance/vaccination
- d) Foyer
- e) Activités sur l'hygiène
- f) _____

11. Avez-vous entendu parler du foyer?

Oui Non Si oui, qu'est-ce que le foyer?

12. Pensez-vous qu'il y ait des changements dans l'état sanitaire des enfants depuis que l'AZ a commencé son travail?

Oui Non

Si oui, quels sont ces changements?

Connaissance

L'allaitement maternel

13. Qu'est-ce qu'une mère doit donner à son nouveau-né immédiatement après sa naissance?

- a) Correct = lait maternel
- b) Autre
- c) Ne sait pas

14. Est-ce que vous savez ce qu'est le colostrum?

Oui Non

15. Quelle en est son importance?

- a) Il renforce l'immunité de l'enfant, le protège contre les maladies
- b) Il développe l'intelligence de l'enfant
- c) Il crée l'affection entre la mère et l'enfant
- d) Il favorise la délivrance rapide du placenta
- e) Il favorise la sécrétion du lait
- f) Autre
- g) Ne sait pas

La diversification alimentaire

16. Quand est-ce qu'une mère doit ajouter d'autres aliments que le lait maternel?

17. À partir de six mois, que doit manger un enfant?
- a) Lait maternel, bouillie enrichie, et jus de fruit
 - b) Incorrect
 - c) Ne sait pas
18. À partir de 6 mois, combien de repas un enfant doit-il recevoir pour être en bonne santé?
- a) 4 à 6 repas par jour
 - b) Incorrect
 - c) Ne sait pas

Hygiène

19. Que doit faire une mère pour éviter la diarrhée?
- a) Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de manger
 - b) Utiliser les latrines
 - c) Laver ou faire cuire les aliments crus avant de les manger
 - d) Autre
 - e) Ne sait pas

Palu

20. Quelle est la cause du palu?
- a) Les piqûres de moustiques
 - b) incorrect
 - c) Ne sait pas
21. Comment se protéger contre le palu?
- a) Éviter les piqûres
 - b) Utiliser une moustiquair
 - c) Ne sait pas
22. Qu'est-ce qu'on doit faire quand un enfant a la fièvre?
- a) Voir l'AC
 - b) L'envelopper de quelque chose d'humide
 - c) L'emmener au centre de santé ou au poste de santé
 - d) incorrect
- Ne sait pas

La Diarrhee

23. Qu'est-ce qu'il faut faire pour un enfant qui a la diarrhée?
- a) Donner le SRO ou le TRO
 - b) Continuer à l'allaiter

c) Continuer à lui donner à manger plus que d'habitude pendant et après

24. Où pouvez-vous vous procurer les sachets de SRO?

- a) Chez l'AC
- b) Au centre de la santé
- c) Chez l'agent de la santé
- d) Boutique
- e) Autre _____
- f) Ne sait pas

24. À quel prix?

- a) _____
- b) Ne sait pas

Vaccination

25. Pourquoi faites-vous vacciner vos enfants?

- a) Pour les protéger contre les maladies
- b) Incorrect
- c) Ne sait pas

26. À quel âge un(e) enfant doit-il ou elle être complètement vacciné(e)?

- a) 1 ans
- b) Incorrect
- c) Ne sait pas

27. Combien de fois une femme en grossesse doit-elle être vaccinée?

- a) 2 fois
- b) Incorrect
- c) Ne sait pas

Questionnaire pour les agents sur place

Brève introduction de chaque personne avec un peu de renseignements sur la personne, l'éducation, l'expérience antérieure, les langues parlées.

Questions d'ordre général

Par élément, que comporte votre travail pour le ISMI? (Que faites-vous?)

Pour combien de CA êtes-vous chacun(e) responsable?

Est-ce que ce rapport est suffisant, trop, ou trop peu? Expliquez?

Par élément de projet – nutrition, palu, diarrhée, FP – Que comporte le travail des AC? (combien de temps sont-ils censés travailler par semaine)

En prenant chaque tâche séparément, quels sont les points forts des AC? Quelles sont leurs principales faiblesses?

Comment les AC augmentent-ils ou elles la prise de conscience parmi les mères?

7. Avec quelle fréquence visitez-vous les AC?

8. Que faites-vous durant une visite typique?

9. Est-ce que vous supervisez les AC?

10. Que comporte votre supervision?

11. Avez-vous un formulaire de supervision (une liste de vérification) pour vous guider ou à compléter? (regardez-en plusieurs)

12. Sur quel critère jugez-vous si un AC travaille bien?

13. Qu'est-ce qu'on fait des formulaires de supervision? Comment sont-ils utilisés? – par vous? par vos superviseurs?

14. Quelle distance existe-t-il entre les AC et les villages qu'ils couvrent (combien de temps faut-il à un(e) AC pour se rendre au district ou au village le plus éloigné?)

15. Quels sont les messages-clé du projet relatifs la santé? Quels comportements le projet cherche-t-il à changer parmi les mères?

16. Avez-vous un moyen d'évaluer l'efficacité du travail IEC des AC? (que les mères comprennent les messages et qu'elles changent leur comportement?)

17. Quels renseignements les AC fournissent-ils ou elles à chaque mois? (rapports mensuels)

18. Que faites-vous de ces renseignements? Comment sont-ils utilisés? Par qui?

19. Est-ce que ces renseignements sont échangés avec qui que ce soit à l'extérieur du projet? (Chef du centre de la santé, DPS)

Comment décririez-vous votre relation auprès du personnel du centre de la santé (agent de la santé)?

21. Quel rapport avez-vous avec eux ou elles? Sur quoi? Régularité?

22. Avec quelle fréquence les visitent-ils ou elles les AC à leurs sites?

23. Avec quelle fréquence les AC visitent-ils ou elles les centres de la santé pour la supervision?

24. Vous sentez-vous qualifié(e) pour faire votre travail? – Ils ou elles ont des guides et des manuels d'instruction pour les aider à faire leur travail, ils et elles se sentent donc assez confortables; Est-ce que la formation fournie par le projet vous a préparé(e) adéquatement pour faire votre travail? Aucune insuffisance? Est-ce que quelque chose d'autre a besoin d'être fait?

25. Des activités, des avantages, amenés par le projet, lesquelles pensez-vous continueront après la durée du projet? Comment? Par l'intermédiaire de qui? Qu'est-ce qui a besoin d'être fait pour garantir que les bénéficiaires, et peut-être même les activités, continueront après le projet? Les activités des AC ont besoin d'être coordonnées auprès de celles des AS.

26. Quels sont les réalisations principales du projet jusqu'à présent?

27. Pensez-vous que les AC peuvent prendre seul(e)s la responsabilité de FARN?

Les questions sur la connaissance

Contrôle des maladies de la diarrhée

1. Quels sont les signes de déshydratation (non graves) chez un enfant?
 - a) agité, irritable
 - b) yeux enfoncés
 - c) absence de larmes
 - d) bouche et langue sèche
 - e) assoiffé(e), boît avec avidité
 - f) plis cutanés s'effacent lentement
 - g) ne sait pas

2. Quelle est la prise en charge d'un enfant montrant les signes de déshydratation cités ci-dessus. (Plan B).
 - a) peser l'enfant
 - b) obtenir l'âge de l'enfant
 - c) administrer du SRO (quantité selon l'âge)
 - d) faire durer pendant 4 heures
 - e) ré-évaluer l'état de l'enfant après 4 heures
 - f) ne sait pas

3. Qu'est-ce qu'un agent communautaire doit faire pour prendre en charge un cas de diarrhée aiguë chez un enfant?
 - a) faire boire plus de liquide que d'habitude à l'enfant
 - b) donner à manger en abondance, un repas de plus par jour pendant 2 semaines; donner le sein fréquemment
 - c) emmener l'enfant à l'agent de la santé s'il ne va pas mieux après trois jours
 - d) ne sait pas

Paludisme

4. Quels sont les signes du paludisme grave? (trois réponses nécessaires pour être correcte)
 - a) douleur articulaire
 - b) secousses violentes de tout le corps
 - c) pertes de connaissance
 - d) yeux enfoncés
 - e) pâleur
 - f) ne sait pas

5. Quel est le mode de prévention du paludisme chez une femme enceinte?

- a) prendre le nivaquine journalièrement pendant sa grossesse, jusqu'à la sixième semaine après l'accouchement
 - b) utilisation de moustiquaires
 - c) ne sait pas
6. Pourquoi est-il très grave qu'une femme enceinte ait le palu?
- a) elle risque de perdre du poids, de compromettre le développement de l'enfant
 - b) faible poids à la naissance
 - c) risque d'accoucher prématurément
 - d) mort de la femme et de son enfant
 - e) ne sait pas
7. Quels sont les signes avant-coureurs d'une most?
- a) correcte et complète = l'écoulement vaginal/urétral, gonflement inguinal, ulcération génitale, ophtalmie du nouveau-né
 - b) incorrect
8. Quels conseils un agent de la santé doit-il ou elle donner à un ou une malade dont on croit qu'il ou qu'elle est atteint(e) du virus de la VIH/SIDA?
- a) correcte et complète = Référer à un SC [service communautaire] pour un test précis; conseiller l'utilisation de préservatifs; en faire la notification aux partenaires pour le dépistage
 - b) incomplète
 - c) ne sait pas

Quels sont les contre-indications absolues à la contraception hormonale?

- a) thromboembolie
- b) infections vaginales
- c) hépatite virale
- d) mastalgie
- e) ne sait pas

La nutrition

9. Quel est l'avantage de la vitamine A chez un enfant?
- a) prévenir la cécité
 - b) prévenir les autres infections comme la rougeole
 - c) ne sait pas
10. Quel conseil un AC ou agent de la santé devrait-il ou elle donner à une femme enceinte concernant l'allaitement de son nouveau-né?
- a) allaitement immédiat
 - b) allaitement exclusif
 - c) ne sait pas

11. Quelles mesures une mère doit-elle prendre pour assurer la bonne santé de son enfant de moins d'un an?
- a) le faire vacciner complètement
 - b) l'allaiter au lait maternel – immédiat et exclusif
 - c) introduire d'autres aliments au bébé à partir de 6 mois
 - d) ne sait pas
13. Combien de piqûres faut-il qu'il ou qu'elle ait pour qu'un(e) enfant soit complètement vacciné(e)?
- a) cinq fois
 - b) incorrect
14. Pourquoi faut-il commencer à donner d'autres aliments en plus du lait maternel à un enfant de 6 mois?
- a) pour augmenter l'apport des autres nutriments essentiels
 - b) pour qu'il apprenne à manger
 - c) ne sait pas
15. Expliquez le principe FQDU [en français dans le texte-source] dans l'alimentation d'un enfant?
- a) correct = F
 - b) incorrect
16. Quelles sont les étapes qu'un agent communautaire doit suivre pour peser un enfant.
- a) correcte et complète = bon accueil; faire déshabiller l'enfant; vérifier si la balance est tarée [défectueuse]; procéder à la pesée de l'enfant; communiquer le poids de l'enfant à la maman; porter l'interprétation sur le tableau communautaire; donner des informations en retour à la mère par rapport au cheminement de croissance; donner des conseils à la mère; pour certains cas, référer l'enfant au CS/PS; donner la date du prochain rendez-vous.
 - b) Incorrect

Communication interpersonnelle

17. Quelles sont les qualités d'un bon message IEC?
- a) simple
 - b) clair
 - c) précis
 - d) faisable
 - e) ne sait pas

18. Quels sont les commandements de la communication efficace?

- a) commander l'attention du oupe, de l'individu
- b) clarifier le message
- c) offrir un message cohérent
- d) inciter à l'action
- e) communiquer un avantage
- f) créer la confiance

19. Quels sont les obstacles à la bonne communication (au moins 4 de ces réponses = correct)

- a) les mots trop difficiles/complicés
- b) le ton non-respectueux
- c) la langue n'est pas du milieu
- d) l'émotion – manque d'expérience à parler en public)
- e) le niveau d'instruction, tenir compte des réalités socioculturelles
- f) culture de l'auditoire
- g) la différence de sexe
- h) les coutumes du milieu
- i) l'attitude non respectueuse
- j) le temps/climat

Personnel du projet (personnel plus âgé, Coordinateur du projet, député et superviseurs)

A. Qualité de la programmation

1. De quelles manières le MCHI travaille-t-il avec les autres organismes reliés à la santé dans le domaine du projet? Comment le projet collabore-t-il/échange-t-il des informations/des leçons tirées auprès de DFSI/ISAD?
2. Comment le projet définit-il un accès adéquat aux services de la santé?
3. Quel pourcentage de la population visée a accès (selon cette définition) aux établissements de la santé soutenus par Africare/MCHI? Selon les statistiques de la préfecture?
4. Est-ce que l'oeuvre du projet de construire, de rénover, des postes de la santé relié à l'amélioration de l'accès?
5. Où en sont la construction, les rénovations?
6. À quel point la construction améliorera-t-elle l'accès?
7. Est-ce que tous les villages/districts du projet ont des agents communautaires?
8. Expliquez la stratégie de la supervision. Qui supervise qui?
9. Avec quelle fréquence les visites de supervision se font-elles? Mensuellement par AT?
10. En quoi consiste la supervision?
11. Quels instruments sont utilisés?
12. Quel est le rapport entre l'agent de terrain et les agents communautaires?
13. Quel est le rapport entre les agents communautaires et la population/district?
14. Avec quelle fréquence les AT visitent-ils ou elles les AC? Que pense les AT du nombre de leurs tâches de travail? (obtenir la description des tâches des AT et des AC)
15. Quel est le rapport entre les AT et les agents de la santé MOH?
16. Pourquoi est-ce que le recensement comprend-il les enfants âgés de 0 à 5 ans, lorsque le projet ne pèse que ceux âgés de 0 à 3 ans? Est-ce que le pourcentage des enfants de 0 à 3 ans pourrait être calculé d'une manière ou d'une autre?

17. Quel pourcentage des sous-préfectures pensez-vous le projet peut-il couvrir efficacement? Comment cela peut-il être accompli?

B. Qualité au niveau communautaire

18. En quoi consiste la stratégie IEC? (Comment, quand et par qui les messages sont-ils communiqués aux groupes ciblés?)

19. Que fait le projet pour évaluer la compréhension d'une mère, ce qu'elle fait en pratique de ces messages-clé? Comment utilise-t-elle ces informations?

20. Est-ce que le projet recueille des informations sur les établissements de la santé?

C. Qualité des services des travailleurs de la santé et des établissements

21. Quels instruments et quels outils sont utilisés par le projet? (En obtenir la liste)

22. Concernant ces instruments et ces outils développés, utilisés, par le projet, demandez par qui ces outils sont utilisés et comment? Comment ces outils aident-ils le personnel à prendre des décisions éclairées? Donnez des exemples.

23. Matériaux essentiels et tableau de fournitures; quel autre matériel serait nécessaire? Comment les fournitures, les matériaux, sont-ils contrôlés? (Mustapha) La supervision rapporte les matériaux et les choses sont vérifiées;

24. Comment le HIS travaille-t-il?

25. Qui est responsable de HIS?

26. Est-ce que le projet utilise le MOH HIS ou bien a-t-il développé son propre système?

27. Comment le projet décide-t-il des données à recueillir?

28. Est-ce que le projet recueille des informations sur les effets résultant des indicateurs, aussi bien que ceux sur les indicateurs de procédés, d'aboutissements?

29. Est-ce que le projet suit les entrées? Lesquelles

30. Quels comportements parmi le personnel HC [abréviation non-définie dans le texte-source] le projet cherche-t-il à améliorer?

31. Quel est le rapport entre le personnel plus âgé et le personnel du centre de la santé? Rapports réguliers?

D. Capacité de croissance et de sustentation

1. Est-ce que le projet a une stratégie partenaire de croissance de la capacité? Si oui, quelle est-elle?
2. Est-ce que le projet suit la capacité de croissance institutionnelle? Si oui, comment?
3. Est-ce que le projet a un plan de sustentation? Quels en sont les objectifs, les indicateurs, les activités, etc.?
4. Quels efforts ont été faits pour rendre les agents de la santé responsables de la formation des AC? Qu'est-ce qui les empêche de participer à la formation des AC? Temps? Envie?
5. Quels efforts ont été faits pour que les agents de la santé supervisent les AC?

E. Soutien technique et administratif

1. Quelle TA [“target audience” en anglais, “auditoire” ou “population visée ou ciblée” en français] le projet a-t-il reçu jusqu'à présent (tableau des TA extérieurs fourni inclut l'opportunité et l'avantage). Comment la TA était-elle opportune? Combien avez-vous bénéficié de cette TA?

2. TA et soutien de Africare DC

F. Réalisations et contraintes

1. Est-ce que la mise en place actuelle de chaque intervention CS est-elle compatible avec la subvention de la continuation de l'application (copie du tableau du rapport annuel)?
2. Est-ce qu'aucune des activités a ou ont été retardée(s) (par rapport à ce qui avait été planifié avec les CA)?
3. Selon vous, quels sont les réalisations les plus importantes du projet jusqu'à date? Quels facteurs ont contribué à ces réussites?
4. Quels facteurs ont fait obstacle au projet, et quelle action a été posée pour les contrecarrer?

G. Sujets identifiés par l'équipe d'évaluation, USAID ou le projet?

1. Quels autres sujets voudriez-vous que l'équipe d'évaluation examine?

ANNEXE C

SOMMAIRE DES ÉVALUATIONS DU TRAVAIL SUR PLACE

SOMMAIRE DES ÉVALUATIONS DU TRAVAIL SUR PLACE

Groupe 1: Bonnie Kittle, Gouley Cisse, Tadiba Kourouma

<i>Sous-préfecture</i>	<i>District</i>	<i>AC#</i>	<i>Jour</i>
Dogoma	Kobolonia	Alpha Diallo + 3	10 novembre
Commune urbaine	KignekoMoctar	Barry + 3	11 novembre
Arpha Moussaya	NyalenAllasane	Conde + 3	12 novembre

Groupe 2: Kadiatou Keita, Abdoulaye Diallo, Etienne Wendeno

<i>Sous-préfecture</i>	<i>District</i>	<i>AC#</i>	<i>Jour</i>
Banko	SouarelaFode	Souare	10 novembre
Kankama	Traore		11 novembre
Bissikorouma	DemdeleyaAssatou	Bah + 2	12 novembre

Liste des personnes entrevues

USAID/Conakry

Cathy Bowes, Gérante de l'unité de la santé
Elizabeth Kibour, Fonctionnaire du projet MCHI
Marianne Bah

Personnel Africare

Jonathan Lachnit, Représentant dupays
Michelle Ismering, Administratrice

Personnel du projet MCHI

Angeiska Sykes, Coordinateur du projet
Gouley Cisse, Assistant-coordonateur du projet
Mustapha Grogovui, Superviseur, IEC, HIS, Entraîneur
Abdoulaye Diallo, Assistant-superviseur, Entraîneur
Agents sur place (9)

Ministère de la Santé
Conakry

Docteur Macoura Olare, division de la nutrition et de l'alimentation
Me. Diallo et l'équipe, Programme de contrôle du paludisme
Dabola
Docteur Yattara, DPS
6 chefs de centre de santé
4 chefs de poste de santé
16 agents de la santé
17 travailleurs communautaires

Membres communautaires

68 mères

Partenaires du projet

UNICEF	Lina Mahy
PRISM	Michael Blake et Elenore Rabelahasa
PSI	William Stringfellow
GTZ	David Blankhart

ANNEXE D
INDICATEURS DU PROJET

BLD = Baseline Data
MTE = Midterm Evaluation
Project Indicators

Objectif 1: Renforcer et étendre les services de la santé gouvernementaux existant

Indicateurs proposés	Indicateurs de Continuation d'application	BLD	Données MTE reliées/commentaires
90 % du personnel de la santé aura participé aux cours de formation parrainés par MCHI			Africare s'est vue demandée par AID/Guinée d'omettre les indicateurs liés au nombre de personnels formés par le projet.
80 % du personnel de la santé traitera, référera les maladies infantiles (diarrhée, paludisme, sous-alimentation) de façon appropriée			Recommandé de laisser tomber officiellement depuis que le projet GTZ et PRISM examinent la question;
Six nouveaux postes de la santé seront construits	# de nouveaux postes de la santé construits # de postes de la santé rénovés	0 0	Trois sont en construction et seront fort probablement finis avant la fin de l'année
80 % des établissements de la santé auront un système de redressement des frais en place			recommandé de laisser tomber officiellement depuis que le projet GTZ et PRISM examinent la question;
90 % des établissements de la santé soumettront des rapports mensuels à temps			recommandé de laisser tomber officiellement depuis que le projet GTZ et PRISM examinent la question
	# de centres de la santé possédant une chaîne d'entreposage frigorifique qui fonctionne	A indiqué qu'aucun problème n'existait avec la chaîne d'entreposage frigorifique	Étant donné les résultats de la BLD, cet indicateur a été omis

Objectif 2 : Améliorer la capacité de la communauté de prendre en charge sa propre santé

Indicateurs proposés	Indicateurs de Continuation d'application	BLD	Données MTE Liées/commentaires
Nutrition			68 mères entrevues
30 % des enfants seront allaités exclusivement au sein jusqu'à 4 mois	12 % des enfants ont été exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois	2%	85 % disent que le lait de la mère devrait être la première nourriture des nouveaux-nés. 94 % ont entendu parler du colostrum. 80 % pourraient citer correctement un avantage du colostrum.
70 % des mères seront capables de citer, d'expliquer, les aliments et les pratiques appropriés de sevrage	78 % des mères donnent les aliments appropriés de sevrage sous forme de bouillie de flocons d'avoine, à leurs enfants âgés de 6 mois.	53%	73 % savent qu'un bébé a besoin d'autres aliments à l'âge de 6 mois;
70 % des mères seront capables de citer la densité-énergie.	47 % des mères donnent des aliments riches en protéine sous forme d'arachides, à leurs enfants âgés de 6 à 11 mois.	27%	85 % savent quoi d'abord donner à leur bébé de six mois; 61 % savent qu'un bébé de six mois a besoin qu'on le nourrisse 4 à 6 fois par jour
80 % des mères participeront à des sessions promotionnelles sur la nutrition tenues dans les communautés.	Sous-alimentation chronique 21,5 %	27,5 %	100 % ont participé au programme de surveillance de la croissance
Contrôle du paludisme			
80 % des mères seront capables d'identifier deux techniques de prévention du paludisme.	50 % des mères sont capables d'identifier au moins 1 méthode pour réduire le risque d'attraper le paludisme.	20%	52 % étaient capables d'identifier au moins 1 mesure pour réduire le risque d'attraper le paludisme
70 % des cas de fièvre chez les enfants ont été traités de façon appropriée contre le paludisme.	62 % des enfants qui ont eu la fièvre dans les 2 dernières semaines, ont été amenés à un établissement de la santé.	37%	77 % savaient qu'il fallait emmener un enfant avec la fièvre au centre de la santé.
70 % des femmes auront utilisé la chimioprophylaxie adéquatément durant leur dernière grossesse.	63 % des mères ont reçu une chimioprophylaxie durant leur dernière grossesse.	38%	

Indicateurs proposés	Indicateurs de Continuation d'application	BLD	Données MTE Liées
CDD			
80 % des mères seront capables de décrire ORS et ORT.	35 % des mères dont les enfants ont eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ont donné ORS à leur	15%	73 % savait qu'il fallait donner ORS/ORT à leur enfant souffrant de la diarrhée.

	enfant.		
70 % des mères seront capables de décrire correctement la préparation et l'administration de ORS.	74 % des mères dont les enfants ont eu la diarrhée dans les 2 dernières semaines ont continué de nourrir la même quantité au lait maternel ou ont augmenté l'allaitement maternel.	49%	
80 % des mères seront capables de citer deux méthodes de prévenir la diarrhée.			
80 % des cas de diarrhée seront traités de façon appropriée avec ORS/ORT dans des établissements de la santé.			
Maternité sans risque/Planification familiale			
70 % des femmes auront eu au moins une visite prénatale (avant le 7 ^{ème} mois) durant leur dernière grossesse.	53 % des femmes qui ont eu au moins 2 visites prénatales durant leur dernière grossesse.	33%	39 % savent qu'une femme enceinte a besoin de deux vaccins TT.
5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans rapporteront l'usage de contraception moderne.	7 % de WRA rapporteront l'usage courant de contraception moderne.	2%	
Immunisation			
60 % des enfants auront reçu complète immunisation à 12 mois (indicateurs pour antigènes individuels seront ajoutés après KPC).	66 % des nourrissons ont reçu 1 vaccin DPT (ce qui démontre un accès accru).	41%	
	46 % des nourrissons de 12 à 23 mois ont reçu 3 DTP (couverture)	26%	51 % savent qu'un enfant devrait avoir reçu tous ses vaccins dans les 12 premiers mois.

ANNEXE E
FORMULAIRE DE SUPERVISION

Fiche de supervision des agents communautaires – ISMI/DABOLA

Sous-préfecture _____ Date de supervision _____
 District _____ Nom de l'AC _____
 Secteur _____ Superviseur _____

* = renseignement que vous pouvez prendre directement de fiches du rapport de l'AC

No.		Non ou oui	Commentaires
	Vérification des outils de gestion des matériaux		
1.	Fiche du rapport disponible?		
2.	Fiche de rapport correctement remplie?		
3.	L'agent dispose-t-il d'un matériel de travail complet? Identifier ce qui manque (balance, tableau, vélo, etc.)		
4.	les contraceptifs et SRO sont-ils disponibles et bien conservés?		
	Activités		
5.*	Pesée mensuelle exécutée?		No. d'enfants pesés _____
6.*	Nombre d'enfants référés pour malnutrition		No. de foyers: _____ No. d'enfants ayant participé: _____
7.*	Y a-t-il eu un foyer pendant le mois?		
8.	Nombre d'enfants pesés 4 semaines après la participation au foyer?		
9.	Nombre d'enfants vus pour la diarrhée?		
10.*	Nombre d'enfants référés pour diarrhée?		
11.	Nombre d'enfants vus pour fièvre?		
12.	Nombre d'enfants référés pour fièvre?		
13.	Nombre de femmes vues rattrapage actif?		
14.*	Y a-t-il eu des clients reçus pour PF?		No. des nouveaux clients: _____ No. d'anciens clients: _____ Préciser les produits vendus: _____
	Activités d'IEC/CIP		
15.*	Nombre de participants aux séances d'IEC		Nombre
16.	Préciser le ou les sujets abordés (N/LMD/CP/PF/H)		
	Observation directe des activités (0 à 2)		
17.	Apprécier la qualité des causeries éducatives entre l'AC et les mères pendant les séances de pesée		
18.	Apprécier le contenu des messages de l'IEC transmis à la communauté		
19.	Apprécier l'AC en train de		

	communiquer à la communauté préparation, l'utilisations, du SRO		
20.	Apprécier l'AC en train de communiquer aux femmes l'importance de l'utilisation de la chloroquine pour les femmes enceintes		
21	Apprécier l'AC en train de communiquer sur la PF		

22. Indiquer les facteurs qui ont facilité le travail ce mois-ci pour l'AC.

23. Indiquer les difficultés rencontrées ce mois-ci par l'AC.

AIDE-MÉMOIRE POUR L'AT

Faire la rétro-information auprès de l'AC et discuter des principaux résultats recueillis.

Faire le rapport de supervision dans le cahier de l'AC (commentaire, recommandations, en précisant la date)

Préparer l'AC concernant la vérification de l'exécution de ces recommandations lors de la prochaine supervision.

Faire la rétro-information (AT) sur la coordination du projet (évoquer les contraintes et les solutions)

Supervision faite par: _____ Signature: _____

ANNEXE F

**MESSAGES IEC PROMUS PAR MCHI
(TRADUITS DU FRANÇAIS)**

Messages IEC promus par MCHI

Allaitement maternel

1. Allaiter l'enfant au sein dès la naissance pour qu'il ou qu'elle bénéficie du premier lait (expliquer l'importance du colostrum).
2. Le lait de mère est la seule nourriture dont l'enfant a besoin durant les premiers six mois de sa vie.

Régime varié

1. À partir de 6 mois, le lait de la mère a besoin qu'on y ajoute un complément plus riche et plus varié:
 - 6 à 9 mois: lait maternel + bouillie de flocons d'avoine fortifiée + jus de fruit
 - 9 à 12 mois: lait maternel + purée + aliments semi-liquides + jus de fruit
 - 12 à 18 mois: lait maternel + nourriture familiale + légumes + fruits
2. À partir de 6 mois, l'enfant devrait être nourri de 4 à 6 repas par jour.
3. Un bon régime devrait être fréquent, suffisant en quantité, bien équilibré et utile (FADU).

Hygiène

1. Toujours faire bouillir l'eau prise de puits, d'étangs et de rivières.
Pour vous protéger vous-même contre toute maladie, on devrait toujours se laver les mains au savon et à l'eau avant de manger.
2. Lavez ou faites cuire les aliments crus avant de les manger.
3. Pour éviter d'être malade, on devrait utiliser les latrines et les garder propres.

Paludisme

1. Une piqûre d'insecte vous donne le paludisme.
2. On devrait utiliser un filet à moustiques pour éviter les piqûres d'insectes qui portent le paludisme (surtout les enfants et les femmes enceintes).
3. Toutes les femmes enceintes devraient recevoir des comprimés de chloroquine et de fer à tous les mois.
4. Un enfant qui a la fièvre, qu'il ou qu'elle tousse ou non, devrait immédiatement être emmené au centre ou au poste de la santé pour y être traité.

Contrôle de la maladie de la diarrhée

1. La médecine à utiliser contre la diarrhée est l'ORS ou le TRO (solution-maison).
2. Les agents de la santé ou les agents communautaires ont des sachets de ORS qu'ils vendent à des prix raisonnables.
3. Un enfant allaité au lait maternel qui a la diarrhée devrait continuer d'être allaité au lait maternel et donné suffisamment à boire.
4. Un enfant qui a la diarrhée a besoin de davantage de nourriture durant et après la maladie.

Promotion de croissance

1. Un enfant de moins de 3 ans devrait être pesé à chaque mois pour savoir où en est sa croissance.
2. La famille et la communauté devraient porter un intérêt et aider le contrôle de la croissance et promouvoir la croissance des enfants à l'aide du graphique communautaire (GM).

Vaccination

1. Pour être protégé contre les maladies d'enfance, tous les enfants de moins d'un an devraient recevoir 6 vaccins aux centres de la santé.
2. Toutes les femmes enceintes ont besoin de recevoir deux vaccins contre le tétanos.

ANNEXE G

**HORAIRE CÎBLE (2IÈME ANNÉE)
OCTOBRE 1998 À SEPTEMBRE 1999**

Préparation pour la construction, rénovation, des postes de la santé (évaluer le niveau de participation communautaire)												
Construction et rénovation des postes de la santé			O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Fourniture d'équipement: Commencer le procédé de réapprovisionnement pour l'équipement post-santé						X	X	X				
Micro-entreprise: Rechercher les activités de micro-entreprise (par exemple, faire des tissus) pour les femmes de groupes de villages couverts par MCHI											O	O
Activités de micro-entreprise							X	X	X	X	X	X
Assistance directe au DPS: Promotion des jours de vaccination (Polio 1 & 2) et Vitamine A	X	X										
Participe à la surveillance en "L" des établissements de la santé:			X						X			
Participe à CTPS				X						X		
Participe à CTRS				X						X		
Rapports dûs: Rapports trimestriels			X			X			X			X

Activités ajoutées à l'horaire cible: octobre 1998 à 1999

Activités	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avril	May	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct
-----------	-----	-----	-----	-----	-----	------	-------	-----	------	---------	------	------	-----

Cycle FARN 1		X	X										
Cycle FARN 2						X							
Cycle FARN 3								X					
Préparations pour l'atelier de FARN								X	X	X	X	X	X
Atelier national FARN													X
Atelier de coordination NGO (pour les NGO oeuvrant à Dabola & Dinguiraye)					X			X					X

ANNEXE H
REFERENCES

Échantillons des documents dont la référence a été faite dans la préparation de l'évaluation de mi-terme du projet MCHI

Accent sur les comportements de la santé de la mère et de l'enfant, Rapport technique, BASICS, 1997.

Application du Foyer de démonstration nutritionnel (Modèle du foyer nutritionnel) à Dabola, en Guinée, mars 1999.

Continuation de l'application MCHI, juillet 1998 et octobre 1998.

Étude de MCHI sur les lignes de base concernant la Connaissance, pratique et couverture, l'anthropométrie et sur le test de sel iodé, par Sykes, Diallo et Kennedy, mars 1998.

Guide pour les agents communautaires et les agents de terrain: Étapes pour la préparation du modèle de foyer nutritionnel, octobre 1999.

Rapport annuel, octobre 1998 à septembre 1999.

Rapport de la formation sur la façon de combattre le paludisme, juillet 1999.

Rapport de l'Atelier national sur le foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnels, du 11 au 15 octobre 1999.

Rapport synthèse sur la formation en santé reproductive, septembre 1999.

Plan stratégique du pays de la Guinée avec USAID, pour les années budgétaires de 1998 à 2005.

Proposition de fiancement Africare, Initiative sur la santé de la mère et de l'enfant en Guinée du nord, soumise par Jeff Gray et Laura Hoemeke, juin 1996, révisée en août 1997.

Soutenant la performance du travailleur de la santé à Burkina Faso, Rapport technique, BASICS, 1997, et *Projet de soutien sur la sustentation d'une communauté à base de mère-à-mère*, dans les régions périphériques-urbaines de la ville de Guatemala, Rapport technique, BASICS et La ligue Leche, 1997.

ANNEXE I

ÉVALUATION DES PERSONNEL POUR LE PROJET

ÉVALUATION DES PERSONNEL POUR LE PROJET

Bonnie Kittle – Team Leader, Outside Consultant.

Gouley Cisse – MCHI Assistant Coordinator

Tadiba Kourouma – MCHI Assistant Capacity Building (newly hired)

Kadiatou Keita – Midwife from MOH (Conakry)

Abdoulaye Diallo – MCHI Assistant Supervisor

Etiene Wendeno – DPS Health Center Head
